

# Interacción entre parejas con diferente patrón de consumo de alcohol y su relación con antecedentes familiares de consumo en México

Guillermina Natera\*  
Margarita Casco\*\*  
Esperanza Herrejón\*\*  
Jazmín Mora\*\*

## Summary

Three groups of couples with a different intake pattern were studied: Anonymous Alcoholics (PAA) spouses of alcoholic patients (PPA) and couples with a moderate intake (PGC). The characteristic of the group is given by the intake pattern of men. All women had a moderate or abstinent intake pattern. The Health and Daily Life Instrument (SVC) was applied in order to find out the functioning of the couples at a family and social level, as well as that of their children. The intake pattern, the reasons for drinking and the family antecedents of alcohol intake were analyzed by means of the WHO's instrument (1982). The number of studied couples was  $n = 93$ , 82 women and 93 men.

The spouses of alcoholic patients still drinking (PPA) obtained the highest scores in physical symptomatology and health problems, in the five subscales of depression and depressive traits, as well as in the use of medicines. The spouses that obtained the lowest scores in all the scales were those of the PGC group. In this group, husbands obtained the lowest grades.

When the clinical history of women was analyzed it was found that the husbands of a larger number of women with HF+ of alcohol, belonged to groups of Anonymous Alcoholics or Alcoholic patients; 56.5% of the spouses had HF+ antecedents. The studied spouses perceived their children as having more physical or emotional problems than problems caused by risky behaviors, such as alcohol, drugs or tobacco intake, which is coherent with the results obtained by other authors that believe that having alcoholic parents not necessarily lead the children to drink, but it is a risk for other types of psychological or emotional behaviors, caused by not knowing how to face the member of the family who drinks.

## Resumen

En este trabajo se estudiaron 3 grupos de parejas con diferente patrón de consumo: parejas de Alcohólicos Anónimos, (PAA), parejas de pacientes alcohólicos (PPA), y parejas con consumo moderado (PGC). La característica de los grupos está determinada por el patrón de consumo de los hombres. Todas las mujeres presentaron un patrón de consumo moderado o abstinentes. Se aplicó el instrumento de Salud y Vida Cotidiana (SVCHDL) para conocer el funcionamiento de

\* Investigador Titular B. Jefe de Departamento de Investigaciones Psicosociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

\*\* Investigadores Asociados.

la salud, el familiar y el social de las parejas y de los hijos. El patrón de consumo, las razones para beber, y los antecedentes familiares de consumo de alcohol, se analizaron por medio del instrumento de la OMS (1982). El total de parejas estudiadas fue de  $n = 93$ , 82 mujeres y 93 hombres.

Entre los hallazgos más importantes está el que las parejas de los pacientes alcohólicos que aún consumen alcohol (PPA) presentaron las calificaciones más altas en sintomatología física y condiciones clínicas, en las 5 subescalas de depresión que incluye rasgos depresivos, así como en el uso de medicamentos. Las parejas que obtuvieron calificaciones más bajas en todas las escalas fueron las del grupo PGC y, dentro de éstas, los cónyuges del sexo masculino fueron los que obtuvieron las calificaciones menores.

Se encontró un mayor número de historias positivas de alcohol HF+ en los alcohólicos de los grupos PAA y PPA. En un mayor número de mujeres con HF+ de alcohol, su cónyuge pertenecía a los grupos de Alcohólicos Anónimos o de pacientes alcohólicos. Un total de 56.5% de las parejas tuvo antecedentes de HF+.

Las parejas estudiadas perciben a sus hijos con problemas físicos o emocionales, más que con problemas ocasionados por conductas de riesgo, como sería el uso de alcohol, drogas o tabaco, lo que de alguna manera viene a señalar lo que ya otros autores han comentado que tener padres alcohólicos no necesariamente conduce a que los hijos también consuman alcohol, sino que más bien representa un riesgo para otro tipo de conductas, como serían las psicológicas o emocionales, ocasionadas por no saber cómo enfrentarse al hecho de que uno de los miembros de su familia consuma alcohol. Al final se señala la necesidad de elaborar programas de prevención para orientar a las personas que tienen un adicto al alcohol en la familia.

## Introducción

El alcoholismo siempre se ha considerado como un problema que afecta a la familia, y que tiene implicaciones no sólo a nivel económico, sino a nivel psicológico y social. La incidencia del consumo de alcohol es significativamente mayor en los familiares de alcohólicos, que en los familiares de abstemios, aun cuando estos últimos tengan antecedentes psiquiátricos en la familia (Harford, 1992).

El interés por conocer la vulnerabilidad psicológica y genética de los miembros de la familia, así como la influencia que tiene la dinámica familiar en el consumo

de alcohol y su importancia en la adquisición de hábitos de consumo en las siguientes generaciones, ha resurgido en la investigación en este campo por medio de dos principales líneas de estudios: una que adopta un enfoque genético y otra que considera los factores sociales y culturales.

El enfoque inicial de las primeras investigaciones en esta línea se inclinó hacia el estudio de los antecedentes familiares de consumo de alcohol en la población de bebedores. A partir de la década de los años setenta se llevaron a cabo estudios sobre historia familiar, aunque la mayoría estaban poco controlados, dado que no establecían comparaciones entre la población de bebedores y la de no bebedores; y sugerían que había relación entre la adquisición de hábitos de consumo de alcohol y una historia familiar positiva de uso de alcohol (Templer, 1974; Pennick, 1978; Cook, Winokur, 1985).

Así, el hecho de que el padre sea dependiente del alcohol constituye un factor de riesgo importante en la transmisión intergeneracional del consumo de alcohol (Pollock, Schneider, 1987; Murray, 1989). Desde este punto de vista, los familiares de los alcohólicos: sus hijos, y sus esposas, son un grupo susceptible de padecer directamente las consecuencias de este hábito, que van desde los resultados del síndrome fetal hasta problemas físicos, sociales y psicológicos, aunque no sea necesariamente por el abuso del alcohol, los cuales han sido bien documentados en la literatura (Plant, Orford, Grant, 1989; Orford, 1990).

Ya desde 1944, Jellinek se refería al alcoholismo como una enfermedad familiar, que como tal podía transmitirse a la familia. En la actualidad se sabe que los factores genéticos, así como los medioambientales, confluyen en la manifestación de la transmisión intergeneracional del consumo de alcohol en la familia (Conneally, 1991). La investigación se ha realizado a través de ambas aproximaciones. No obstante, aún permanecen algunos puntos oscuros en relación con este problema, y en el campo de las drogas casi no se han realizado estudios al respecto.

En una investigación con un grupo de jóvenes, Orford señaló haber encontrado rasgos antisociales, baja autoestima y complejos de inferioridad en los jóvenes descendientes de padres bebedores; sin embargo, algunos de ellos dijeron no tomar alcohol ni usar drogas. Lo anterior lo condujo a plantear que "la discontinuidad de la transmisión es más aparente que continua" y propuso que se hicieran estudios más exhaustivos sobre las características de la relación de la familia alrededor del consumo de alcohol (Orford, 1988). Hesselbrook reportó mayores problemas sociales y físicos en los bebedores con una historia bilineal de consumo de alcohol (Hesselbrook, 1982).

De este modo, si los hijos de bebedores establecen una relación positiva con sus padres, independientemente del consumo de alcohol en sí, es probable que no adquieran hábitos de consumo en el futuro, de lo contrario, si en su infancia, establecen relaciones negativas con alguno de sus padres bebedores, tendrán una predisposición a adoptar hábitos de consumo de alcohol cuando sean adultos (Hill, Nord, Blow, 1992).

Estas sutilezas en la relación entre padres e hijos explican posiblemente la transmisión intergeneracional del hábito en la familia.

Orford encontró evidencias relativas en apoyo de la transmisión intergeneracional únicamente en los casos de varones con una historia positiva de consumo de alcohol por la madre. En cuanto a las mujeres, señala la posible influencia del consumo de alcohol del padre en la elección de su pareja (Orford, Velleman, 1991).

Las hipótesis iniciales sobre los estudios en parejas, sugieren que, más que un alcoholismo individual, hay un alcoholismo de matrimonio. A la luz pública puede haber un alcohólico identificado. Sin embargo, en realidad hay una interacción de patrones específicos en la relación matrimonial.

Desde el punto de vista psicológico y social, se han puesto de relieve los rasgos de personalidad que suelen presentar las esposas de alcohólicos, tales como poca integración de la personalidad asociada con una fuerte necesidad de dependencia, estrés y depresión, así como efectos psicológicos y psicosomáticos.

En un estudio de 50 casos de esposas de alcohólicos, se observó el interés de estas mujeres por mantener activo el consumo de alcohol de su pareja, que se manifestaba en necesidades orales, tales como la obesidad, la extrema preocupación por la comida, vómitos y trastornos gastrointestinales relacionados con la recuperación del esposo. En todos los casos se encontraron patrones de interacción de dependencia en la pareja (Bailey, 1961).

Reich, adoptó la teoría multifactorial de la herencia y estudió la transmisión genética y cultural. Planteó el concepto de apareamiento selectivo al referirse a la predisposición de las hijas de alcohólicos a involucrarse con un compañero alcohólico, y señaló que las parejas se "contagian" y a la larga, ambas adquieren estilos semejantes de consumir alcohol.

Por otra parte, se habla de la predisposición de estas mujeres a relacionarse con bebedores como una forma de satisfacer sus propias necesidades internas. Se ha acuñado el término "codependencia" para describir la conducta de las esposas de alcohólicos que se vuelven disfuncionales a consecuencia de vivir una relación de compromiso con un alcohólico, lo cual implica para la mujer, la responsabilidad de controlar, proteger y cambiar los hábitos de consumo de su esposo (Lyon, Greenberg, 1991).

Se ha observado que hay elevados niveles de insatisfacción marital en los matrimonios que se caracterizan por el consumo de alcohol del marido, aunque, en una investigación, O'Farell reportó que los maridos alcohólicos tienden a percibir en sus esposas niveles altos de satisfacción y pocos deseos de cambiar la relación (O'Farell, 1987).

Este tipo de estudios se ha abordado con un enfoque sociocultural. En las últimas dos décadas, se han cuestionado conceptos como el de codependencia; entre otros nuevos modelos y propuestas de análisis en los estudios sobre la familia y el alcohol, en las que el consumo de alcohol está inmerso en los rituales familiares y en la interacción familiar en el contexto medioambiental durante el proceso de socialización. Las variables que intervienen en este proceso explican la

**CUADRO 1**  
**Características sociodemográficas de la muestra**

	GRUPO PAA*		GRUPO PPA**		GRUPO PGC***	
	H n = 30	M n = 25	H n = 34	M n = 28	H n = 29	M n = 29
EDAD	%		%		%	
- 30 años	10	16	12	30	34	34
31 - 40 años	37	48	35	32	31	45
41 - 50 años	33	24	35	17	21	17
+ 51 años	20	12	18	21	14	3
EDUCACION						
- 9 años	43	40	56	58	31	33
10 - 12 años	20	40	21	31	10	35
+ 13 años	33	16	23	11	48	31
No respuesta	0.3	3.3	--	--	10	--
OCUPACION						
Ama de casa	--	54	--	50	--	60
Empleado	47	38	60	33	40	20
Comerciante	13	8	20	17	20	--
Profesional	33	--	15	--	40	20
Ninguna	7	--	5	--	--	--

transmisión intergeneracional del alcoholismo (Wolin, 1980; Bennett, 1985; Nardí, 1987; Holmila, 1988).

Finney, Moss y Cronkite proponen un modelo causal para explicar el funcionamiento de cada uno de los cónyuges en relación con el consumo de alcohol, el cual comprende las siguientes áreas: características del funcionamiento social de la pareja, estresores ambientales, ambiente familiar y tipos de enfrentamiento (Finney, Moos, Cronkite, 1983).

Por medio de este modelo, este trabajo pretende conocer la problemática del consumo de alcohol al interactuar con las características del estado de salud, y el funcionamiento familiar de tres grupos específicos de parejas con diferentes patrones de consumo.

### Objetivo

El propósito de este estudio es analizar las diferencias entre los tres grupos de parejas con diferente patrón de consumo y las interacciones entre sus cónyuges respecto a su funcionamiento psicosocial y de salud, y la forma de reaccionar ante el consumo de alcohol de su cónyuge. También se exploran las diferencias en el funcionamiento de las parejas como consecuencia de tener una historia positiva de consumo de alcohol en la familia de origen (FH+) (padre, madre o hermanos). Asimismo, se analizará la percepción de los padres, sobre las características de salud de sus hijos y se compararán los tres grupos.

### Método

#### Muestra

La muestra quedó integrada como sigue: parejas de grupos de Alcohólicos Anónimos (PAA), parejas de

pacientes alcohólicos activos que iniciaban su tratamiento (PPA), y un grupo control de población general (PGC), cuyo patrón de consumo de alcohol fue evaluado como moderado, y que antes de la entrevista dijeron no tener problemas relacionados con su consumo de alcohol; sin embargo, al final, se eliminó a una pareja porque se descubrió que tenía un consumo alto de alcohol y problemas relacionados con él.

Originalmente se pensó en incluir parejas en las que la mujer fuera alcohólica, pero no fue posible obtener este tipo de muestra debido a que generalmente estas mujeres estaban separadas, divorciadas o habían sido abandonadas por presentar esta sintomatología. Por ello, la muestra se obtuvo a partir del patrón de consumo de alcohol del hombre.

El grupo PAA se obtuvo de dos grupos de AA, semejantes en cuanto a su nivel social y cultural. El grupo de PPA lo integraron parejas que asistían en ese momento a la consulta externa del Departamento de Psiquiatría, para iniciar el tratamiento de su alcoholismo. Se descartó el que tuvieran alguna patología severa. El tercer grupo (PGC) se obtuvo de una colonia del DF, por medio de las asociaciones de vecinos. Todos los individuos estudiados habitaban en el Distrito Federal.

En el cuadro 1 se presentan las características de la muestra. Los integrantes PGC tenían un número ligeramente mayor de años de estudio y más individuos se desempeñaban como profesionistas, sin embargo, el nivel socioeconómico de los tres grupos correspondió al nivel medio. Originalmente se había planeado que cada grupo constara de 30 parejas, sin embargo, en algunos casos la esposa no pudo o no aceptó colaborar en la investigación. En el grupo de PAA y PPA hubo menor disponibilidad de las esposas a participar en la entrevista. En total se estudiaron n = 93 parejas; 93 hombres y 82 mujeres.

**CUADRO 2**  
**Patrones de consumo**

	PAA		PPA		PGC	
	H	M	H	M	H	M
Abstemios	--	24 %	--	28.5 %	15 %	3.4 %
Bebedores poco frecuentes	--	2.5%	--	57.1 %	26.0 %	79.5 %
Bebedores regulares						
a) Leves	--	4 %	--	11.7 %	55.2 %	17.0 %
b) Moderados	--	20 %	10	--	--	--
c) Consuetudinarios	100 %	--	90	--	--	--
No respuesta	--	--	--	97.3	96.2	99

### Procedimiento

Se entrevistó por separado a cada uno de los cónyuges. Inicialmente nos pusimos en contacto con los hombres, y ellos se encargaron de invitar a sus esposas. Se aplicaron los instrumentos individualmente, ya fuera en su domicilio o en el local al que asistían a tratamiento. La duración de la entrevista fue aproximadamente de dos horas y media.

### Instrumentos

Se aplicó el cuestionario de Patrón de Consumo de Alcohol (OMS, 1982), con el cual se obtiene información sociodemográfica, el patrón y los problemas asociados con el consumo de alcohol, las razones para beber y para no beber; y la actitud ante el consumo de alcohol del cónyuge.

Se añadió la sección "Patrón de consumo familiar", que consiste en preguntar primero si la forma de beber de su padre, de su madre, o de ambos, o de algún hermano, lo consideraban como un problema y de qué tipo; si la respuesta era positiva se les preguntaba cuál era el patrón de consumo de alcohol, en un día típico, del familiar que bebía, la frecuencia con que lo hacía, la cantidad y el tipo de bebida que consumía posteriormente, se diseñó un patrón de consumo (abstemio, moderado y consuetudinario) de acuerdo con la clasificación propuesta por la OMS.

Se estableció que tenían una historia positiva de alcohol (FH+) aquellos que reportaron tener un patrón de consumo consuetudinario que les hubiera ocasionado algún problema familiar, social o de salud.

Del cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (*Health Dailing Living*; Moos 1983) se evaluaron los seis índices, compuestos por 26 subescalas, relacionados con el estado de salud física y emocional; el funcionamiento social y familiar; la salud de los hijos; los eventos de la vida y la manera de enfrentarse al patrón de consumo. De este cuestionario también se aplicó la adaptación que hizo Moos (1983) del de Armor, Polich y Stambul (1978) para evaluar el consumo de alcohol por cantidad y frecuencia. Este modelo se adaptó para investigar sobre los cinco años anteriores.

Se les preguntó el patrón de consumo, la cantidad, la frecuencia y el tipo de bebida de los cinco años anteriores y del último mes, así como el periodo de abstinencia. Las respuestas fueron convertidas en puntajes de acuerdo con la fórmula que propuso Moos (1983) y

que incluye una combinación de grados de alcohol, tomando en cuenta la cantidad que se bebe en un mes y en un día típico. Los puntajes superiores a 3.5 se consideraron como consumo patológico (cuadro 2).

### Resultados

#### Patrones de consumo

Dos fueron las formas de obtener el patrón de consumo del entrevistado. Una, por medio del cuestionario de la OMS (cuadro 2) y la otra, por medio del HDL (Salud y Vida Cotidiana). Este último se utilizó sobre todo para hacer comparaciones entre el consumo anterior (cinco años anteriores) y el actual (último mes) (cuadro 2).

Como se observa en los cuadros 2 y 3, los que más alcohol consumieron fueron los hombres del grupo de PAA, en quienes se tomó en cuenta el último año en que consumieron alcohol. Cuando se hizo la investigación, los años que tenía este grupo de ser abstemio iba de los dos a los cinco años.

En cinco de seis grupos, el patrón de consumo actual de alcohol disminuyó, excepto en las mujeres del grupo de PGC, quienes siempre habían bebido lo mismo. Es notable la manera como disminuyen su consumo de alcohol las mujeres de los grupos de alcohólicos, cuando sus esposos disminuyen su consumo de alcohol.

Las bebidas más consumidas fueron el brandy y el ron, pero las mujeres del PGC consumían más vino. Todos los hombres han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, mientras que el 26% de las mujeres nunca han bebido. Sin embargo, no se encontró ningún problema asociado con el consumo de alcohol de las mujeres. Las mujeres de los PAA, obtuvieron una media superior de consumo de alcohol (cuadro 3).

Respecto a los años que consumieron alcohol los hombres, los PAA y los PPA oscilaron de menos de 9 años, el 8%; de 10 a 19 años, el 40%; de 20 a 29 años, el 32%; de 30 a 39 años, el 13% y más de 40 años el 6%.

#### *La Salud física y emocional, y el estado clínico de los tres grupos de pareja y de uno y otro cónyuge.\**

Se obtuvieron las calificaciones medias de las subescalas del HDL, propuestas por Moos (1983). Se

\* Las escalas del HDL que se reportan, obtuvieron un Alpha de Cronbach mayor de 0.65.

compararon los grupos de parejas, los hombres con las mujeres, y la población con y sin antecedentes de consumo de alcohol (FH+ y FH). Se hicieron correlaciones y análisis de varianza con la opción de comparación de medias de la prueba de Duncan o de Scheffe, según el caso de que se tratara.

#### Los síntomas físicos y el estado clínico

En las parejas en la que uno de los cónyuges era alcohólico (PAA y PPA), ambos cónyuges obtuvieron puntajes significativamente más altos en síntomas físicos (debilidad, poco apetito, dolor en todo el cuerpo, inquietud, acidez estomacal, dolor de cabeza, estreñimiento, problemas para dormir, etc.) y estado clínico (úlceras, presión alta, problemas de corazón, anemia, asma, artritis, problemas crónicos del hígado, etc.) a diferencia de los esposos del grupo de parejas PGC (Síntomas físicos  $F = 17.4$ ;  $p < .0001$  y estado clínico  $F = 5.2$ ;  $p < .0005$ ). Además, las parejas del grupo PAA reportaron medias más altas en el uso de medicamentos (pastillas para alergias, para dieta, anfetaminas, antibióticos, aspirinas, laxantes, digestivos y vitaminas) y éste fue significativo al compararlo con el de los otros grupos ( $F = 3.7$   $p < .0001$ ). Los hombres del grupo PGC fueron los que reportaron menor consumo de medicamentos.

#### Depresión global

En esta escala se analiza la depresión por medio de diferentes subescalas. La escala de depresión global se desarrolló para detectar la presencia y severidad de los síntomas a fin de obtener un diagnóstico RDC\* de mayor o menor depresión. El grupo PPA presentó más síntomas de depresión con respecto a los otros dos ( $F = 18.4$ ,  $p < .0001$ ). La escala de depresión global, a su vez, incluye la escala de ideación y estado depresivo, depresión endógena y rasgos depresivos. En estas tres subescalas también las parejas del PPA obtuvieron las medias más altas y las diferencias fueron significativas.

Moos diseñó un índice de "estado depresivo en los últimos 12 meses", basándose en la prueba de Langner, 1962 (Moos 1983). Una vez, más las diferencias fueron significativas entre los tres grupos, siendo el grupo de PPA el que obtuvo calificaciones más altas.

#### Índice de funcionamiento familiar y ambiente social. (cuadro 5)

Este índice está compuesto por varias escalas:

a) Discusiones familiares. El grupo de PPA fue el que tuvo más discusiones familiares debido a los amigos, el consumo de alcohol, la disciplina y las tareas en casa; mientras que, como era de esperarse, el grupo PGC tuvo menos discusiones. Sin embargo en este grupo y en el de PAA, los cónyuges expresaron opiniones dife-

rentes: las mujeres dijeron haber tenido más discusiones de las que los hombres dijeron haber tenido.

b) Las conductas de enfrentamiento ante el problema del consumo de alcohol de ambos cónyuges fueron beber más, comer más, fumar más, tomar tranquilizantes y desquitarse con los demás. Los grupos de PPA y PAA obtuvieron puntajes más altos en cuanto a utilizar conductas de evitación y respuestas emocionales, tales como descargar la tensión por medio de actos compulsivos (cuadro 6).

Los problemas que se investigaron en relación con el alcohol, fueron de salud, trabajo, dinero, familiares y golpear a alguien, así como las dificultades con la policía, el vecindario y los amigos. Al comparar a todos los cónyuges (seis grupos), se encontró que los hombres del grupo de PPA habían sido los que mayor número de problemas habían tenido y, en segundo término, los hombres de PAA. Los problemas que se identificaron son diferentes en ambos cónyuges (cuadro 5).

Para los hombres de PAA, los problemas más importantes fueron los económicos y los laborales, a los que reaccionaron compulsivamente fumando más o deseando beber, mientras que los hombres y las mujeres de PPA presentaron como principales problemas el consumo de alcohol y los problemas familiares, ante los cuales los hombres reaccionaron consumiendo más alcohol.

Las parejas del grupo PGC reportaron un mínimo de problemas, que aparentemente se relacionan con su deseo de consumir menos.

No obstante que los hombres de las parejas de PAA ya no beben alcohol, aún siguen presentando problemas relacionados con la bebida. No es de extrañar que en las parejas PPA, los problemas sean significativamente mayores que en los otros dos grupos en relación con el consumo de alcohol.

A fin de encontrar una explicación a la respuesta de enfrentamiento de ambos cónyuges, por medio de modelos categóricos se encontró que el consumo anterior de la mujer y de su esposo explica significativamente la manera de enfrentarse a los problemas: desquitándose con otros ( $Ch2 = 48.9$ ,  $p > .0001$ ), comiendo compulsivamente ( $Ch2 = 14.7$ ,  $p < .03$ ) y actuando pasivamente y con lástima por ella misma ( $Ch2 = 52.2$ ,  $p < .0001$ ).

c) Relaciones significativas. Se observaron diferencias importantes dentro de las parejas AA y PPA: mientras que los hombres dijeron tener un mayor nú-

**CUADRO 3**  
Comparación de medias del patrón de consumo anterior y actual en un día típico

	PAA		PPA		PGC	
	H	M	H	M	H	M
Patrón de consumo anterior*	14.9	1.7	7.9	0.18	1.1	0.10
Patrón de consumo actual**	0.66	0.15	4.5	0.09	0.47	0.10

\* Consumo en los últimos cinco años.

\*\* Consumo en un día típico del último mes.

Arriba de una calificación de 3.5 implica consumo excesivo y problemático.

\* RDC. El *Research Criteria Diagnostic* es un indicador creado ex-profeso para investigar la depresión por Spitzer, RL y col. Archives of General Psychiatry, 1978.

**CUADRO 4**  
**Comparación de las medias del índice de salud entre tres grupos de parejas**  
**con diferente patrón de consumo**

	PAA		PPA		PGC		F
	H n = 30	M n = 25	H n = 34	M n = 28	H n = 29	M n = 29	
Síntomas físicos	5.4	5.2	7.3	5.3	2.2	4.1	11.1*
Condiciones clínicas	1.3	1.3	1.6	1.0	0.4	0.7	3.0**
Depresión global	14.0	14.6	30.5	26.2	9.1	16.1	10.7*
Ideación y estado depresivo	4.2	3.8	10.5	8.3	2.6	4.5	8.4*
Depresión endógena	5.1	4.8	12.8	10.3	3.9	6.2	9.6*
Rasgos depresivos	9.8	10.7	20.8	17.8	6.4	11.5	10.2*
Estado depresivo	2.3	2.9	3.5	3.7	1.1	1.9	8.5*
Uso de medicamentos	2.2	2.3	2.0	1.6	0.7	1.9	3.7**

Análisis de varianza. Prueba de medias de Duncan  
 \* P < .0001; \*\* P < .005.

mero de relaciones significativas, sus esposas reportaron un número menor, mientras que en el grupo PGC, la respuesta fue igual.

Por otra parte, la respuesta de los hombres del grupo PPA, que consumen alcohol actualmente, explica los desacuerdos con la esposa en temas importantes de la vida familiar (Ch2 = 23.5; p < .03), pleitos constantes (Ch2 = 37.0; p < .0001) o pasar un buen rato juntos (Ch2 = 33.4; p < .0001).

#### *Razones para beber y no beber*

Entre las principales razones que expresan los diferentes grupos para no beber y en las que coinciden los tres, están: "perjudica su trabajo" y "provoca que se sientan enfermos". Los porcentajes menores se encontraron entre las parejas del grupo PGC (de 57% a 62 %), mientras que en los otros dos, PPA y PAA, los porcentajes oscilaron entre 83% y 93%. Además, en

estos mismos grupos (PAA y PPA), ambos cónyuges coinciden en que algunas de las razones más importantes para no beber están relacionados con el control externo, "se hacen cosas que luego nos apenan" y "se puede perder el control sobre su vida" (90% a 100%). Mientras que estas afirmaciones no fueron importantes en el grupo PGC, llama la atención que las esposas de este grupo (PGC) hayan expuesto como principal razón (93,1 %), que "va contra la religión".

Respecto a las razones que dan para beber, se obtuvieron porcentajes menores a 50% en los tres grupos de mujeres y en el de hombres del grupo PGC, siendo la más importante para ellos, que "es una buena forma de celebrar" (41.3%). Mientras que en los hombres de los grupos PAA y PPA coincidieron en que las tres principales razones para beber (porcentajes entre 65% y 86%) eran "sentirse alegres", "para olvidar sus problemas y sus preocupaciones" y "se bebe por tensión y nervios".

**CUADRO 5**  
**Diferencias de las medias entre parejas en cuanto a las variables de salud**  
**sociales y uso de alcohol**

Variables	PAA	PPA	PGC	F
	Parejas A.A.	Parejas de pacientes	Pareja control	
Síntomas físicos	5.4	6.3	3.1	17.4*
Condiciones clínicas	1.3	1.3	0.63	5.2**
Depresión global	14.8	27.1	12.6	18.4*
Ideación y edo. depresivo	4.2	8.8	3.6	14.3*
Depresión endógena	5.3	11.1	5.0	16.2*
Rasgos depresivos	10.5	18.3	9.0	17.3*
Estado depresivo	2.6	3.6	1.5	18.5*
Uso de medicamentos	2.3	1.8	1.2	6.0**
Discusiones familiares	5.2	6.8	3.6	12.2*
Sucesos de la vida	0.52	0.57	0.24	4.1***
Sucesos positivos	1.2	0.91	0.74	3.0****
Enfrentamiento evitativo	2.1	2.2	0.96	6.5**
Enfrentamiento emocional	3.6	3.3	1.6	9.1*
Preocupación del cónyuge	1.5	1.4	2.8	15.2*
Sucesos que ocurren por beber	1.6	1.1	0.17	15.1*
Síntomas que se presentan por fumar	1.0	0.75	0.31	5.7**

\* P < .0001  
 \*\* P < .005  
 \*\*\* P < .01  
 \*\*\*\* P < .05

**CUADRO 6**  
**Comparación de las medias del índice de funcionamiento familiar social**

	PAA		PPA		PGC		F
	H n = 30	M n = 25	H n = 34	M n = 28	H n = 29	M n = 29	
Discusiones familiares	4.7	5.4	6.7	6.6	2.8	4.3	5.3*
Conductas de enfrentamiento							
a: Activos	1.4	1.5	1.0	1.1	0.3	0.9	4.2**
b: Evitación	2.2	2.1	2.6	1.6	0.5	1.3	3.4**
c: Descarga emocional	3.6	3.7	3.7	2.7	0.9	2.3	4.4**
No. de relaciones significativas	19.7	10.8	17.5	6.6	11.8	11.2	1.8
Calidad de las relaciones	9.8	11	9.6	10.3	9.8	10.9	1.0

Análisis de varianza. Prueba de medias de Duncan  
\* P < .0001; \*\* P < .005

**CUADRO 7**  
**Razones para no beber de los hombres y mujeres con historia positiva y negativa de alcoholismo**

Razones	Hombres			Mujeres		
	HF+	HF-	X	HF+	HF-	X
Por miedo a volverse alcohólico	32	23	11.5*	23.0	23.0	6.0**
Porque se hacen cosas que apenan	44	18	13*	27	30	5.3***
Porque beber hace que se pierda el control	39	12	7.6**	31.7	43	4.3

\* P < .0001; \*\* P < .02; \*\*\* P < .04

#### Eventos de la vida

Los tres grupos de parejas reportaron más eventos negativos que positivos. En cuanto al género, los hombres presentaron más eventos positivos (media = 3.3) que las mujeres (media = 2.3). Llama la atención que sean las mujeres del grupo PGC las que tienen menos eventos positivos. (cuadro 9)

#### Antecedentes de alcoholismo en la familia de origen

Se definió como FH+ (historia familiar positiva) cuando el patrón de consumo fue consuetudinario. En

el cuadro 10 se observa el porcentaje de familiares que consumen alcohol. En el 56.5% de las parejas se encontraron antecedentes positivos de alcohol. En el cuadro 11, se observa la distribución por hombres y mujeres. Como era de esperarse, se encontró un mayor número de historias positivas de alcohol entre los alcohólicos que entre los otros grupos (Ch2 = 10.9, p < .002).

Al comparar a los hombres de los grupos de alcohólicos, de PAA y de PPA, que tenían HF+ de alcohol, con aquellos que tenían una HF, se encontró que los hombres con FH+ tenían más problemas de salud (Ch2 = 3.6, p > .05); más dificultades con sus vecinos (Ch2 = 5.3, p > .02) y se embriagaban con

**CUADRO 8**  
**Razones para no beber de los hombres y mujeres con historia positiva y negativa de alcoholismo en su familia**

Razones	Hombres			Mujeres		
	HF+ n = 40	HF- n = 53	X2	HF+ n = 30	HF- n = 52	X2
Beber es una buena forma de celebrar	24	25	.64	13.6	21	.09
Bebo porque no hay otra cosa que hacer	17	17	.77	5	1.2	4.2***
Es parte de una buena alimentación	7	3	2.1	5	--	7.0***
Para sentirse alegre	36	25	13.3*	10	11	.9
Para hacer amigos	30	20	10.9**	35	62	3.4
Para sentir más confianza	24	21	2.1	11	7.5	4.0***
Porque estoy tenso	29	27	2.3	12.3	10	3.4

\* P < .0001; \*\* P < .02; \*\*\* P < .004

**CUADRO 9**  
Eventos de la vida

	PAA		PPA		PGC	
	H	M	H	M	H	M
Positivos	1.5	0.9	1.0	0.8	0.9	0.6
Negativos	1.2	1.4	1.7	1.3	1.0	1.0
Separación o muerte	0.5	0.5	0.6	0.6	0.1	0.4

más frecuencia ( $\chi^2 = 22.3, p > .0001$ ). Asimismo habían experimentado más estados de ebriedad ( $\chi^2 = 15.0, p > .0001$ ), habían gastado mucho dinero ( $\chi^2 = 15.9, p > .0001$ ) y habían sido agresivos ( $\chi^2 = 15.8, p < .0001$ ).

Al comparar los niveles de depresión entre los grupos de hombres alcohólicos que tienen antecedentes de alcoholismo en la familia (FH+) con los que no los tienen FH-, las diferencias son más notables. Los que tenían FH+ obtuvieron puntajes más altos en todas las escalas relativas a la depresión. El segundo grupo fue el de sus cónyuges, quienes en tres de las cinco subescalas obtuvieron puntajes semejantes a ellos. Por otra parte, los no alcohólicos y los FH- sin antecedentes familiares, fueron los que obtuvieron puntajes más bajos y más parecidos entre sí en todas las subescalas; aunque sus esposas obtuvieron puntajes ligeramente más altos que ellos. Asimismo los puntajes fueron semejantes entre los mismos cónyuges en todas las subescalas (cuadro 12).

#### *Apareamiento selectivo*

En las mujeres se trató de probar la hipótesis del "apareamiento selectivo", que supone que las mujeres con FH+, eligen parejas con características semejantes a los de los individuos de su historia familiar de origen. Los hallazgos muestran un mayor número de mujeres con FH+ (34.6%), cuya pareja actual pertenece a los grupos PAA y PPA ( $\chi^2 = 5.39, p < .08$ ). También se utilizó la técnica de análisis discriminante canónico, que indicó que el patrón de consumo anterior del hombre se correlaciona positivamente con una FH+ de alcohol en la mujer. ( $r = 0.73$ ). Por otra parte, se observó que hay una correlación positiva entre la preocupación por la bebida del cónyuge en las mujeres que presentaron FH+ ( $\chi^2 = 7.9, p > .01$ ). Asimismo, se encontró una relación positiva entre el patrón de consumo excesivo del hombre y la FH+ de alcohol en la mujer.

#### *Cómo perciben los padres la salud de sus hijos*

Esta sección del cuestionario HDL, correspondiente a los hijos, se refiere únicamente a los que aún vivían con

**CUADRO 10**

Preocupación familiar	Hombre		Mujer	
Padre	16%	39.0%	19%	63.0%
Madre	1%	2.4%	1%	3.3%
Ambos	11%	27.0%	6%	20.0%
Hermano	13%	31.0%	4%	13.0%
Total	41%	99.4%	30%	99.3%

**CUADRO 11**  
Historia positiva (HF+) de alcohol en hombres alcohólicos y no alcohólicos

	%	
	FH+	FH-
Hombres alcohólicos	37.6%	31.1%
Hombres no alcohólicos	5.3%	25.8%

sus padres. Las características de la muestra fueron 26 hijos, 20 del sexo femenino y seis del masculino. No obstante lo reducido de esta muestra, es interesante ver cómo difieren los padres en su manera de percibirlos.

En el caso de las parejas PAA, los problemas más comunes de los hijos fueron los físicos (alergias, anemias, asma, catarros, dolor de cabeza, exceso de peso, problemas estomacales); después los psicológicos (ansiedad, sentimientos de tristeza o depresión, morderse las uñas, problemas emocionales); en tercer lugar los problemas de conducta (académicos, de disciplina escolar, problemas con otros niños) y por último, los riesgos de conductas (fumar, beber alcohol y usar drogas regularmente). Aunque el orden de importancia es el mismo para el padre y la madre de este grupo (PAA), no lo es en cuanto a su magnitud. Para la madre son significativamente mayores los problemas de salud, de conducta y de riesgo.

En el grupo PPA, las divergencias son mayores entre los padres y las madres, en comparación con el grupo anterior. La madre plantea como más comunes los relativos a la salud, que el padre quien los percibe 50 veces menos problemáticos. El padre también percibe los problemas como significativamente menores que la madre. Para la madre, los problemas de conducta son mayores; y los de riesgo los percibe con una magnitud casi al doble de como lo percibe el padre.

En el grupo PGC, la madre percibe menos problemas en sus hijos, pero aún en este grupo, el padre los percibe en menor proporción que la madre.

Llama la atención que los hijos de los grupos PAA y PGC sean percibidos en forma semejante en cuanto al número de problemas en las áreas de salud, de conducta y de riesgo, pero en los hijos PAA, los psicológicos son percibidos como mayores.

#### **Discusión y conclusiones**

Hay varias limitaciones que necesitan ser consideradas en este estudio. Primero, el tamaño de la muestra no permite generalizaciones. Segundo, la historia familiar del consumo de alcohol es retrospectiva y se

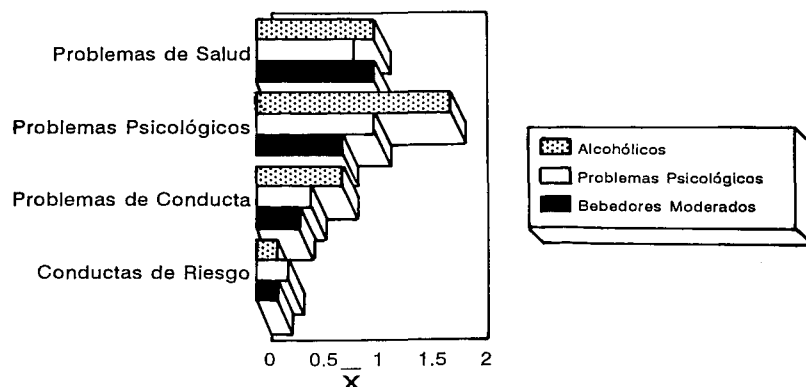
**CUADRO 12**  
Historia positiva de alcoholismo (HF+) en mujeres casadas con hombres alcohólicos y no alcohólicos

Mujeres	%	
	FH+	FH-
Casadas con alcohólico	34.5%	30%
Casadas con no alcohólico	6.0%	29%

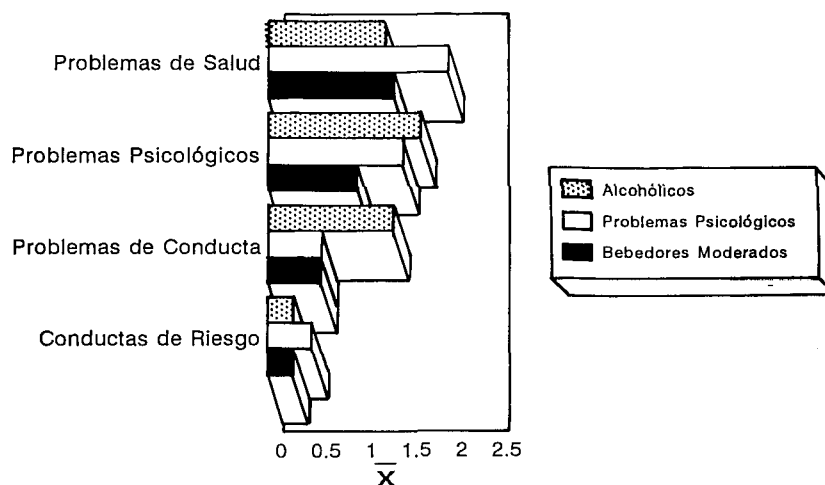


**GRAFICAS 1 Y 2**  
**Percepción del funcionamiento de los hijos.**  
**Comparación por género**

**HOMBRES**



**MUJERES**



obtiene por medio de un informante, por lo cual, está sujeta a la percepción y la memoria del hijo o de la hija.

Sin embargo, considero que hay aportaciones importantes que más que ser conclusiones contundentes invitan a la reflexión y al planteamiento de nuevas hipótesis.

Respecto al patrón de consumo, observamos que el cónyuge femenino reporta ser abstinentes o con consumo de alcohol moderado, pero su patrón de consumo presenta modificaciones de acuerdo con las variaciones que ha tenido el patrón de consumo de su cónyuge, por lo menos en los últimos 5 años. La literatura indica que muchas veces las esposas terminan bebiendo de manera semejante a la de sus esposos. A pesar de que los usuarios excesivos de alcohol tie-

nen una historia muy larga de alcoholismo, sus esposas permanecen a su lado, pues aunque han bebido en forma consuetudinaria durante un promedio de 15 años, llevan entre 15 y 20 años de casados.

¿Por qué se une la mujer a un bebedor excesivo de alcohol si ellas mismas indican que la forma de beber de un familiar cercano les produjo "preocupación familiar?". La literatura reporta que muchas veces se produce un "contagio" en las esposas que conviven con un alcohólico; éste no es el caso, pero parece que, más que identificarse en cuanto al consumo de alcohol, se identifican en la problemática general de funcionamiento, que para algunos autores equivale a una especie de codependencia psicológica.

Al comparar a las tres parejas, se observó que el grupo PAA y las parejas del grupo PGC tienen califica-

ciones más semejantes en lo que se refiere a sintomatología y funcionalidad que con el grupo de PPA. Los PAA llevaban un promedio de 5 años de abstinencia, mientras que los PPA, aunque ya habían disminuido su consumo de alcohol en los últimos 5 años, aún seguían bebiendo en forma consuetudinaria. Esto nos lleva a plantear si la psicopatología del alcohólico es reversible, cuando ésta no es una causa, sino el resultado del alcoholismo, por lo que suponemos que se recuperarán en la medida en que abandonen el alcohol. Esto apoya lo que reporta De Soto y cols. (1985) sobre un estudio que hizo con Alcohólicos Anónimos". Observó una notable mejoría en la salud y funcionalidad de los sujetos, en relación con los años que llevaron de abstinencia, y menciona que siguen mejorando aún después de 10 años de haber dejado de beber.

Los dos planteamientos hipotéticos que subyacen en este estudio: el "apareamiento selectivo" y que una historia familiar positiva de alcoholismo lleva a que los hijos beban en exceso y tengan una mayor sintomatología y problemas asociados, resultaron ser significativos. De las 30 mujeres que dijeron tener antecedentes de preocupación por consumo de alcohol 83% se casó con alcohólicos, sólo 17% lo hizo con consumidores moderados de alcohol, sin problemas asociados. Como señala Orford (1991) este tipo de estudio transversal no nos permite afirmar que ambas conductas proceden de la socialización temprana y exclusiva del medio familiar, o que sean causa-efecto pues existen otras relaciones, como la escuela, los amigos cercanos y la sociedad en general, que influyen, de diferente manera, para bien o para mal, en la infancia, modificando lo que se aprendió en el hogar. Una HF+ de alcoholismo, por sí misma, no necesariamente produce el riesgo de ser alcohólico, pero los sujetos que pertenecen a ella pueden correr el riesgo de tener dificultades de otro tipo en el futuro.

Como se observó en este estudio, las madres consumen poco alcohol, lo que podría hacernos suponer que éste es un elemento que protege a sus hijos. De hecho, los padres de los tres grupos reportaron que sus hijos tienen un menor número de problemas de riesgo en cuanto a beber, fumar, consumir drogas, etc. pero percibieron un mayor número de problemas en el área psicológica y en la de la salud.

Un aspecto que está más relacionado con el género que con la conducta alcohólica de la pareja, es el relacionado con la forma de percibir los problemas de los hijos. Mientras que las mujeres reportan más problemas en sus hijos, los padres los perciben, en la mayor parte de los casos, como menores. También las mujeres de dos de los grupos perciben un mayor número de discusiones familiares que sus cónyuges, los cuales reportan tener menos dificultades. Asimismo, las mujeres de los tres grupos experimentaron más eventos negativos que los hombres. Parece ser que por estar más involucradas en el ambiente familiar, las mujeres están más cerca de los problemas, lo que las hace considerarlos más grandes de lo que son. También puede ser que los hombres estén siendo "protegidos" por las mujeres y ésta sea la causa por la que no perciben los problemas tal como son, o que puede ser que las mujeres exageren los problemas por su afán

de cumplir con su rol de protectora de los hijos, que implica el preocuparse más.

En cuanto a las razones para no beber, observamos, al igual que otros estudios en México (Natera y cols., 1990), que proteger la salud es un motivo para no beber, pero en la práctica, ésta nunca ha sido una razón necesaria ni suficiente para no hacerlo.

Respecto a los indicadores de depresión, las calificaciones más altas se encontraron tanto en los hombres como en las mujeres de las parejas del grupo PPA. Al respecto hay consenso en que la depresión y el alcoholismo tienden a asociarse, principalmente por una serie de factores comunes (Alonso Fernández, 1988). Sin embargo, aquí cabría preguntarse por qué las mujeres obtienen calificaciones semejantes a las de sus cónyuges en las escalas de depresión y ésta no se asocia con el consumo excesivo de alcohol. ¿Quién conduce a quién en el proceso alcohólico? ¿qué es primero, el alcoholismo o la depresión?

Por otra parte, llama la atención que las parejas PAA y las parejas PPA tengan puntajes semejantes en la mayor parte de las escalas evaluadas, mientras que, en las parejas PGC, las diferencias son más marcadas entre ambos cónyuges. Esto podría significar que mientras que en las parejas de alcohólicos, la relación tiende a mimetizarse, en las parejas en las que no existe la variable "consumo excesivo de alcohol", los cónyuges tienden a ser independientes y la problemática que presentan es más de carácter individual.

La mujer, independientemente del grupo al que pertenezca, presentó calificaciones más altas en las escalas de depresión. Al respecto, Lara Cantú y cols. (1993), en una revisión internacional que incluye a México, sobre la mujer y la salud mental, señala que tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados en las zonas rurales y en las urbanas, la depresión es un malestar que afecta más a las mujeres. Esto nos lleva a preguntarnos si esta es la forma en que las mujeres se enfrentan a los problemas, que desde luego suponemos, no es innata, sino que ha pasado a formar parte de la autoconstrucción social de lo que implica ser mujer en esta cultura. Mientras la mujer se deprime ante los problemas, el hombre frente a circunstancias semejantes bebe alcohol.

Finalmente, podemos señalar que este estudio apoya la hipótesis de que la prevalencia de una historia familiar positiva de alcohol en los familiares de primer grado, tiene una influencia positiva en la transmisión generacional de los pacientes alcohólicos, y que el modelo parental puede ser tan importante etiológicamente como para hacerlos más vulnerables a desarrollar el alcoholismo. Pero se requiere de una investigación más amplia, que incluya el estudio de los factores genéticos, psicosociales y ambientales, en la que se puedan estudiar directamente más de dos generaciones.

Sin embargo, estos hallazgos son incipientes en México, pero tienen un antecedente muy documentado universalmente, por lo que deben convertirse en programas de prevención y de divulgación para orientar y preparar a las familias a enfrentarse a las adicciones con sus recursos naturales y a la sociedad en general, para que brinde apoyo a su ambiente más

próximo (familiar, social, laboral). Para este fin es importante enfatizar lo que ha dicho Orford (1993): "los estudios de las adicciones son demasiado especializados, hay insuficiente intercambio de ideas con otros

campos como el de la salud mental, la psicología social, la psicología del desarrollo, la psicología del área laboral, la sociología, etc.

## REFERENCIAS

1. ALONSO FF: La Depresión y su Diagnóstico. Nuevo Modelo Clínico. Ed. Jabor, S.A. págs. 384, Barcelona, 1988.
2. BAILEY M: Alcoholism and marriage: A review of research and professional literature. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22:81-97, 1961.
3. CONNEALLY M: Association between the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1991.
4. COOK BL, WINOKUR G: A family study of familial positive vs. familial negative alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(3):175-178, 1985.
5. De SOTO CB, O'DONELL WE, ALFRED LJ, LOPES CE: Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcoholism Clin Exp Res*, 9(6):505-512, 1985.
6. FINNEY JW, MOSS RH, CRONKITE L y cols.: A conceptual model of functioning of married persons with impaired partners spouses of alcoholics patients. *Journal of Marriage and the Family*, 45:7-32, 1983.
7. HARFORD TC: Family history of alcoholism in the United States: prevalence and demographic characteristics. *British Journal of Addiction*, 87:931-935, 1992.
8. HESSELBROCK VM, STABENAU JR, HESSELBROCK MN y cols.: The nature of alcoholism in patients with different family histories for alcoholism. *Prog NeuroPsychopharmacol Biol. Psychiat*, 6:607-614, 1982.
9. HILL EM, NORD JN, BLOW FC: Young-adult children of alcoholic parents: Protective effects of positive family functioning. *British Journal of Addiction*, 87:1677-1690, 1992.
10. HOLMILA M: *Wives, husband and alcohol: A study of information drinking control within the family*. The Finnish Foundation of Alcohol Studies, Helsinki, 1988.
11. LYON D, GREENBERG J: Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3):435-439, 1991.
12. LARA A, SALGADO N: "Mujer, pobreza y Salud Mental" Cap. del libro *Mujer, Trabajo y Pobreza* (Ed. Colegio de México, 1993. (en prensa)
13. MOOS RH, CRONKITE RC, BILLINGS AG, FINNEY JW: *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory, Veterans Administration and Stanford University Medical Center, 1983.
14. MURRAY J: Psychologist and children of alcoholic parents. *Psychological Reports*, 64:859-879, 1989.
15. NARDY PM: Power and control in families of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 32(3),1987.
16. NATERA G, HOLMILA M: El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol: Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*, 13(3): 20-26, 1990.
17. O'FARELL JT: Marital relationships of alcoholic, conflicted and nonconflicted couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(3):259-274, 1987.
18. ORFORD J, VELLEMAN R: The environmental intergenerational transmission of alcohol problems: A comparison of two hypotheses. *British Journal of Medical Psychology*, 64:189-200, 1991.
19. ORFORD J, VELLEMAN A: Offspring of parent with drinking problems: Drinking and drug taking at young adults. *British Journal of Addiction*, 85(6):779-799, 1990.
20. ORFORD J: Control, confront or collude: how family and society respond to excessive drinking. *British Journal of Addiction*, 87:1513-1525, 1992.
21. ORFORD J: Like father like son like mother like daughter, Intergenerational learning. *International Congress on Alcohol, others Drugs and Family*. 27-30 nov. 1-12, 1988.
22. PENNICK EC, READ MR, CROWLEY PA, POWELL BJ: Differentiation of alcoholism by family history. *Journal of Studies on Alcohol*, 39:1947-1948, 1978.
23. PLANT MA, ORFORD J, GRANT M: The effects on children and adolescent of parents excessive drinking: An international review. *Public Health Report*, 105(5):433-442, 1989.
24. POLLOCK V, SCHNEIDER S: Sex of parent and offspring in the transmission of alcoholism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(11):668-673, 1987.
25. REICH T, CLONINGER CR, LEWIS C y cols.: Some recent findings in the study of genotype environment interaction in alcoholism. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research. Monograph, 5, 1981.
26. TEMPLER DI, RUFF CK, AYERS J: Essential alcoholism and family history of alcoholism. *Q J Studies on Alcohol*, 39:655-657, 1974.
27. WOLIN SJ, BENNETT CA, WOONAN DC y cols.: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41:199-214, 1980.