
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación de un Programa de Ayuda Psicoterapeutica
en Pacientes Alcohólicos Hospitalizados

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

LILIA ELENA VALLARINO CESEÑA

LOURDES BERNARDETH OCAMPO CORIA

GUADALAJARA, JALISCO

1986



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 está 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

	Página
CAPITULO I	" INTRODUCCION "
I.1	Introducción General 1
I.2	Estudios recientes 4
I.3	Establecimiento de objetivos 7
I.4	Definición de términos básicos 8
CAPITULO II	" REVISION DE LA LITERATURA "
II.1	Antecedentes históricos de la ingesta de alcohol 10
II.2	Alcoholismo 27
II.2.1	Definición y clasificación de alcoholismo 27
II.2.2	Bebidas alcohólicas 40
II.2.3	Fisiopatología del Alcohol 45
II.3	Factores que influyen en la ingesta de alcohol 57
II.3.1	Factores fisiológicos 61
II.3.2	Factores psicológicos 69
II.3.3	Factores socioculturales 89
II.4	Manejo psicoterapéutico del paciente alcohólico 100
II.4.1	Objetivos de la psicoterapia 100
II.4.2	Psicoterapia de grupo 102

II.4.3	Otras estrategias psicoterapéuticas	105
II.5	Tratamiento en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y Manejo del paciente alcohólico.	108
II.5.1	Tratamiento médico-psiquiátrico	109
II.5.2	Tratamiento psicológico	112
a)	Visitas individuales	112
b)	Terapia grupal	112
II.5.3	Programa de trabajo social	112
II.5.4	Grupo de Alcohólicos Anónimos	114
II.6	Descripción de un programa de ayuda psicoterapéutica a pacientes alcohólicos hospitalizados	117
II.6.1	Descripción general	117
II.6.2	Descripción por sesiones	119
II.7	Técnicas para la evaluación de un programa de ayuda psicoterapéutica a pacientes alcohólicos hospitalizados	127
II.7.1	Cuestionarios para evaluar la terapia por sesiones	128
II.7.2	El Test de frases incompletas como instrumento de evaluación de resultados de la psicoterapia	134

CAPITULO III " METODOLOGIA "

III.1	Problema	138
III.2	Objetivos	139

	III.3 Hipótesis	139
	III.4 Variables	140
	III.5 Instrumentos	140
	III.6 Población y muestra	141
	III.7 Escenario	141
	III.8 Procedimiento	142
	III.9 Diseño experimental	144
	III.10 Diseño estadístico	145
CAPITULO IV	" ANALISIS DE DATOS "	
	IV.1 Análisis estadístico	147
CAPITULO V	" CONCLUSIONES "	
	V.1 Conclusiones	163
	V.2 Sugerencias	170
CAPITULO VI	" ANEXOS "	178
CAPITULO VII	" BIBLIOGRAFIA "	185

CAPITULO I

I.1 INTRODUCCION GENERAL

Evaluar cuestionarios sobre la calidad de un trabajo realizado es un punto que no debemos descuidar dentro de nuestra rutina diaria de labores. ¿Cómo actué hoy?... ¿Fue mi trabajo mejor que ayer?... ¿Logré todos mis objetivos?... ¿Existe una manera mejor de hacer esto? Fueron estas preguntas las que un día dieron origen al presente trabajo de investigación.

Después de un tiempo trabajando en un hospital psiquiátrico, tratando de orientar a pacientes alcohólicos, surgen muchas inquietudes:

- ¿ Será efectivo el programa ?
- ¿ Es congruente con las necesidades del paciente ?
- ¿ Es muy corto ... o será demasiado extenso ?
- ¿ Logra el paciente los objetivos ?
- ¿ Cambia después del tratamiento ?

Y así una serie de interrogantes que era necesario contestar, ya no sólo a la luz de la intuición, sino bajo la dirección de un diseño experimental.

Estamos conscientes de que hablar de alcoholismo es referirnos a un problema sumamente complejo que afecta al individuo en todas las áreas en que se desenvuelve; es decir, en su ambiente laboral, familiar, y como miembro de una sociedad.

Es el término alcoholismo en realidad un vocablo muy popular, una enfermedad conocida en todos los niveles socioculturales de nuestro medio, tema de interés común a la Psiquiatría, Sociología, Psicología, Antropología, Medicina; preocupación diaria de esposas, esposos, padres de familia, sacerdotes, médicos, jefes de personal. " El alcoholismo no respeta sexo, edad ni posición social ", nos repiten a cada momento los medios de comunicación masiva, tratando por esta vía de: "Educar al público sobre los hechos relacionados con el alcohol y su ingestión immoderada en espera de alcanzar como meta final el cambio de la conducta de quienes han decidido ingerir bebidas intoxicantes, sean o no verdaderos alcohólicos". (Velasco, Rafael pp 48/49)

Esta última frase nos puede llevar a reflexionar -

sobre la necesidad de crear conciencia en la población de los daños que pueden producir las bebidas alcohólicas, lo que nos enfrenta con la evidencia: EL ALCOHOLISMO COMO -- PROBLEMA SOCIAL.

Ahora bien, esto constituye sólo una cara de la moneda; sin embargo decíamos que el alcoholismo es también un problema de salud... UNA ENFERMEDAD.

Y se cierra aquí el círculo, topándonos de nuevo - con la complejidad de la situación, pues son muchos -y poco claros- los factores que dan origen al alcoholismo, lo que dificulta encontrar un tratamiento certero.

Tratamiento, esa es la clave, pero... ¿cuál?

A lo largo de este trabajo, exponemos un modelo de ayuda para el paciente alcohólico; sabemos que es necesario continuar revisando y actualizando nuestros conocimientos sobre este tema, pues por su magnitud y trascendencia no encontramos una solución "única". Confiamos en que hay diversos caminos para abordar el problema y mucha gente trabajando con el fin común de la rehabilitación y prevención del alcoholismo.

I.2 ESTUDIOS RECIENTES

En la revista *Journal of Alcohol and Drug Education* de septiembre de 1984, Crossman, Lenard H, publicó su artículo " Alcohol abuse in the Elderly : implications for Educational and human service programing " en el que comentan sobre el alto riesgo de alcoholismo entre los adultos por la tolerancia disminuida hacia el alcohol, por factores psicosociales tales como la soledad y pérdida de seres queridos; salud y mal funcionamiento físico, concluyendo que los sistemas de diagnóstico y los programas actuales de tratamiento necesitan ser adaptados para reunir las necesidades de los ancianos, y que requieren una aproximación multidisciplinaria comprensiva para el encuentro de casos y mejoría al acceso de programas.

En 1985, Chenus, Linde A., publicó en *Social Casework* un estudio en el que explora desde un punto de vista clínico, algunos de los factores que pueden influenciar a un terapeuta para considerar si el tratamiento del paciente alcohólico debe continuar interno o externo, revisando el modelo de enfermedad del alcohólico y sus implicaciones para el tratamiento; en el que menciona que los terapeutas deben trabajar diligentemente con los mecanismos de defensa rígidos de los clientes, que son manifestaciones o productos del alcoholismo. Concluye que si los terapeu

tas ven el alcoholismo como una enfermedad fatal, sienten una responsabilidad de ayudar a sus clientes a reconocer y a aceptar la situación; así mismo previenen la enfermedad, lo que representa una salida principal de psicoterapia psicodinámica, la que tiene como meta primordial ayudar al cliente a lograr sus propias metas encontrando bienestar y satisfacción en su vida.

Ray, Joseph B., y colaboradores en los reportes psicológicos de diciembre de 1984, publicaron su artículo " Changes in rational beliefs among treated alcoholics ", administró el inventario de comportamiento racional (RBE) a 62 pacientes alcohólicos hombres, antes y después del tratamiento. El programa incluía terapia de grupo con un enfoque racional-emotivo, discusiones educacionales de grupo, consejo individual con un enfoque conductista y la oportunidad de asistir a reuniones de Alcohólicos Anónimos. Se observaron estadísticamente aumentos significativos en 6 de los 11 factores en cuanto al pensamiento racional en los sujetos. Los resultados proporcionaron un apoyo tentativo en la utilidad de la terapia racional-emotiva como intervención en el tratamiento a pacientes alcohólicos. Sugieren que el inventario de comportamiento racional es un indicador psicométrico sensible a los cambios en las creencias racionales de paciente

tes alcohólicos.

Los estudios de Carey, Kate B., y colaboradores publicados en 1985 en *Cognitive therapy and Research*, una revisión de la literatura de la evaluación de resultados para el uso de técnicas de autocontrol en el abuso de alcohol, notando que ha habido un aumento en las aplicaciones de las técnicas de autocontrol en establecimientos clínicos. Concurrente con esta inclinación, se ha presentado un aumento del apoyo empírico para conceptualizaciones del aprendizaje social en el abuso de alcohol, proporcionando racionamientos teóricos para el uso del autocontrol en tratamientos de abuso de alcohol. Han existido problemas metodológicos en estudios de evaluación de resultados que limitan las conclusiones sobre la eficacia de técnicas de autocontrol y se comenta que evaluaciones mejor diseñadas tendrían una mayor implicación práctica y teórica para el tratamiento de abuso de alcohol.

Etorre, E.M., publicó en *Alcohol y Alcoholismo* de 1984 un estudio de la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (ATU) sobre las actividades de las instituciones y las respuestas al tratamiento. Se examinaron los requerimientos de admisión para pacientes que fueron rechazados, las reglas y regulaciones de los tratamientos, el seguimiento y los archivos. La fecha en que fueron recog

tados los treinta pacientes de ATU fue diciembre de 1978 a diciembre de 1982. Se estructuró un cuestionario por un equipo y en 24 visitas al ATU aportaron las notas de observación y 49 entrevistas. Los resultados enseñaron que aunque las pólizas de muchos ATU estaban basadas en una combinación de teoría de grupo y eclecticismo, fue una diversidad de procedimientos y tratamientos objetivos por lo que se sugirió que las provisiones para tratamientos futuros y sus evaluaciones deben considerar el completo rango de influencias que se derivan de las características del paciente y de cada institución.

I.3 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

En la presente tesis se evaluarán los siguientes aspectos del Programa de Ayuda Psicoterapéutica a Pacientes Alcohólicos y Hospitalizados:

1.- Cumplimiento de los objetivos, abarcando este punto:

- a) Conocimiento de los propósitos del programa.
- b) Conocimiento sobre alcoholismo (objetivo general cognoscitivo).
- c) Sensibilización hacia el problema del alcoholismo (objetivo general afectivo).

2.- Mejoramiento del área de conflicto:

Esto se evaluará mediante una prueba psicológica, a través de una pre y post evaluación dentro del grupo experimental, es decir, antes y después del tratamiento.

3.- Importancia de completar el total de sesiones.

Para cada uno de estos aspectos se utilizará un diseño experimental diferente, ya que no existe uno que englobe todas las situaciones planteadas en la investigación.

El objetivo principal que se persigue consiste en determinar si el Programa de Ayuda Psicoterapéutica a Pacientes Alcohólicos Hospitalizados es útil y en señalar conclusiones en base a los datos obtenidos para así proponer modificaciones que enriquezcan dicho programa y extender la aplicación del mismo a otras instituciones.

I.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

ALCOHOLISMO:

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable pa-

ra que la persona tenga un funcionamiento socio-ocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante períodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar - en la sociedad y/o ajuste económico. (Caso Muñoz, Agustín, pp. 411).

EVALUACION:

A la evaluación pueden dársele varios usos; en esta investigación se pretende que ésta investigue el grado de éxito de un programa de ayuda a pacientes alcohólicos hospitalizados. Carol Weiss (21) señala que pueden tomar decisiones como las siguientes :

1. Continuar o discontinuar el programa.
2. Mejorar sus prácticas o procedimientos.
3. Añadir o desechar estrategias y técnicas específicas del programa.
4. Establecer programas semejantes en otras partes.
5. Aceptar o rechazar un enfoque o teoría para el programa.

PROGRAMA:

Sucesión de indicaciones para la solución de problemas de una misma clase. (Dorsch, F., pp. 731).

C A P I T U L O I I

II.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INGESTA DE ALCOHOL

Consideramos necesario para entrar en tema, hacer un breve repaso en la historia de la humanidad, buscando la participación del alcohol en cada cultura; de hecho, está demostrado que los materiales para la producción del alcohol (agua, azúcar y fermento) han estado disponibles desde hace al menos 200 millones de años. Indudablemente el alcohol se descubrió primero en forma de zumo de fruta, de grano o de miel fermentados. Los etimólogos que han investigado el origen de la palabra "hidromiel" (miel fermentada) han encontrado que sus raíces las forma una palabra cuyo significado comprende conceptos como los de "miel", "dulce", "bebida embriagante" y "borrachera". El hecho de que se asocie la embriaguez más bien a la miel que a la fruta o el grano sugiere que aquella hubo de ser la fuente principal temprana del alcohol.

Prácticamente en cualquier época que el hombre ha

vivido, el alcohol ha estado presente de una forma u - - otra. Los primeros exploradores europeos encontraron vinos y cervezas locales en los rincones más profundos del Africa; incluso entre las tribus indias menos avanzadas - de los Estados Unidos y Sudamérica.

De las numerosas culturas de la Edad de Piedra que han sobrevivido hasta nuestros tiempos, únicamente tres - parecen no haber utilizado alcohol; esto es, las que viven en las regiones polares, los aborígenes australianos_ y los primitivos que vivían en Tierra de Fuego.

Esta presencia del alcohol en casi todas las cultu ras neolíticas existentes constituye un testimonio de su importancia como fuerza en la vida del hombre.

Los ejemplos más antiguos de la escritura cuneiforme en Mesopotamia que datan aproximadamente 5 mil años, - indican que el alcohol se utilizaba entonces como elemento de placer. Escritos posteriores revelan que ya 2300 años A.C. había tabernas en Mesopotamia. Esta civiliza- ción introdujo también la descripción clínica registrada_ más temprana de la embriaguez, así como el primero de muchos remedios propuestos para la modorra:

' Si un individuo ha tomado vino fuerte, su cabeza resulta afectada y olvida sus palabras, y su habla se hace confusa, su mente se desvía y su mirada -- tiene una expresión fija; para curarlo tómcse regaliz, alubias, adelfa (y otras 8 sustancias no -- identificadas), que se combinarán con aceite y vino, antes de acercarse la diosa Gula (o puesta -- del sol), y en la mañana antes de salir el sol y antes de que nadie le haya besado, hágasele tomarlo y curará. Los antiguos escritos de los egipcios, hebreos y griegos aluden a la bebida y a la borrachera. Genghiskhan advertía a sus soldados que se limitaran a una borrachera por semana. El lírico griego Alceo comentaba que: "Aquel que bebe vino tiene una cadena en la mente y en realidad no vive", y Plinio el anciano, repasando las preferencias de los pueblos de Egipto, España y Galia, en material de bebida, concluía: " De hecho, en ninguna parte del mundo falta la borrachera ". (ROUËCHE, citado por Zax, p. 264) '.

Ahora bien, a lo largo de toda la historia de nuestro país, tanto en el México indígena como en el colonial y en el independiente, se encuentran múltiples formas de disposiciones gubernamentales y municipales encaminadas a refrenar y extirpar ese vicio de la embriaguez. Esto nos enfrente a la evidencia de que el exceso en el hábito de ingerir bebidas alcohólicas constituye un problema social en México desde los principios de nuestra historia.

La Fundación de Investigaciones Sociales A.C., editó en 1984 varios libros sobre el alcoholismo en México; el tomo IV comprende la Historia y Legislación, haciendo referencia a:

' Datos mitológicos e históricos, medidas reglamentarias, legislaciones penales y otras noticias y sucesos acerca del alcoholismo en México, datos que son fruto de una acuciosa investigación que se inició en los códices de nuestras culturas indígenas y otros tiempos post-hispánicos, recogiendo las disposiciones del virreynato y de nuestra vida como país libre y termina con los ordenamientos penales que actualmente se encuentran en vigor. (ROMAN CELIS, p. 11) '.

Es importante exponer algunos datos de esta obra, sobre todo la información sobre la aparición del pulque, la cerveza, el vino y el alcohol en nuestro país, para así ir bosquejando la trascendencia del alcoholismo como problema social.

Orígenes del pulque: Los códices son en el concepto del Lic. Román Celis, los documentos más adecuados e idóneos para hacer investigaciones acerca de los orígenes del pulque. Según aparece en " LA HISTORIA ANTIGUA DE MEXICO " que escribió el mexicano Francisco Javier Clavijero, la palabra pulque no es española ni mexicana.

' Sino tomada de la lengua araucana que se habla en Chile, en la cual pulque es el nombre general de las bebidas que los indios usan para embriagarse, pero es difícil averiguar cómo pasó este nombre a México '. (Citado por ROMAN CELIS, p. 20).

Núñez Ortega señala que la voz pulque se deriva del participio náhuatl POLIUHQUI o PULIUHQUI y que por una alteración del vocablo surgió el barbarismo pulque.

Relata Goncalves de Lima que la obtención del Ncutli y el arte de hacer OCTLI están llenos del encanto de los mitos y de lo incierto de las leyendas.

Una de éstas en relato de Fernando de Alva Ixtlixóchitl, es la derivada de la tradición indígena tolteca: se dice que bajo el reinado de Tecpancaltzin, a fines del primer milenio de nuestra era, un noble de nombre Papantzin descubrió la manera de obtener el aguamiel y sus derivados, habiéndole llevado al monarca en compañía de su hija Xóchitl. Tecpancaltzin se prendó de la hermosa doncella y la hizo suya. De sus amores resultó un hijo que se llamó Meconetzin, nombre que significa "hijo del Maguey".

En la historia legendaria de los mexicas, el descubrimiento del aguamiel y el pulque también se presenta

ligado a un interesante enredo mitológico en el que sobresale Mayahuel, la mujer que se volvió diosa y fue la primera que supo agujerar los magueyes y sacar el aguamiel, aunque fue Patecalt quien encontró los vástagos y las raíces de las hierbas llamadas OCPATLI, con las cuales se hace el pulque, cuya fermentación y extracción no fue casual sino producto de una larga experiencia.

El intérprete del Códice Vaticano A, define a Mayahuel como una mujer de 400 senos a quien por su fecundidad, los dioses transformaron en maguey.

Estas son las dos versiones clásicas sobre la aparición del pulque, bebida que jugó un primordial papel en la vida prehispánica de nuestro pueblo.

Fray Bernardino de Sahagún, primer gran etnógrafo, lingüista y fundador o padre de la literatura náhuatl, recopiló en su "HISTORIA GENERAL DE LAS COSAS DE LA NUEVA ESPAÑA" numerosos pasajes de las costumbres de los indígenas y cabe señalar en este momento, volviendo al tema que nos ocupa, la interesantísima descripción del calendario Mexica, compuesto de semanas de 13 días cada cual que daba bajo la advocación de un signo el cual servía para que los astrólogos predijeran el futuro de los recién nacidos, señalando que cualquiera que nacía el día del sig-

no llamado OMETOCHTLI (dios del vino) serfa borracho:

...inclinado a beber vino y no buscaba otra cosa sino el vino y en despertando a la mañana - bebe el vino, no se acuerda de otra cosa sino del vino y así cada día anda borracho, y aún lo bebe en ayunas, y en amaneciendo luego se va a las casas de los taberneros pidiendo les por gracia el vino; y no puede sosegar sin beber vino, y no le hace mal ni le da asco aunque sean heces del vino, -- con moscas y pajas, así lo bebe; y si no tiene con qué comprar el vino, con la mente o el maxtle que se viste merca el vino, y así después viene a ser pobre; y no puede dejar de beber vino; ni lo puede olvidar ni un solo día puede estar sin emborracharse, y anda cayéndose lleno de polvo y bermejo, y todo espeluzado y descabellado y muy sucio; y no se lava la cara; aunque se caiga lastimándose e hiriéndose la cara, o en las narices, manos o los pies, etc. No lo tiene en nada aunque esté lleno de golpes y heridas de caerse por an

dar de borracho, no se le da nada y tiémlale las manos, y cuando habla no sabe lo que dice: habla como borracho, y dice palabras -- afrentosas e injuriosas reprendiendo y difamando a otros y dando aullidos y voces y diciendo que es -- hombre valiente y anda bajando y cantando a voces; y a todos menosprecia y no teme cosa alguna, y arroja piedras y palos y todo lo que se le viene a las manos, y anda alborotando a todos, y en las calles impide y estorba a los que pasan; y hace ser pobres a sus hijos y los espanta y ahuyenta y no se echa a dormir quietamente sino -- anda inquieto hasta que se ha cansado. Y no se acuerda de lo que será necesario en su casa, para hacer lumbre y para las otras cosas que son menester, más solamente procura de emborracharse, y así está su casa muy sucia, llena de es-

tiércol y polvo o salitre y no hay quien la barra y haga lumbre; su casa está obscura, con pobreza, y no duerme en su casa sino en casas ajenas y no se acuerda de otra cosa sino de la taberna; y cuando no halla el vino y no lo bebe siente gran pesadumbre y tristeza y anda de acá, y de allá buscando el vino; y si en algunas casas entrando están algunos borrachos bebiendo vino, huélgase mucho y reposa su corazón y asiéntase reposado y holgándose con los borrachos y no se acuerda de salir de esa casa; y si le convidan a beber el vino en alguna casa, luego se levanta y de buena gana va corriendo, porque ya ha perdido la vergüenza y es desvergonzado, no teme a nadie. Por esta razón le menosprecian, por ser hombre infamado públicamente, y todos le tienen hastío y aborrecimiento; nadie quiere su conversación porque confunde todos los amigos y ahuyenta los que estaban juntos, y déjanle solo porque es enemigo de

los amigos. Y decían que nació en tal signo que no se podía remediar; y todos desesperaban de él; diciendo que se había de ahogar en algún arroyo o laguna, o se debía de despeñar en alguna barranca o le habían de robar algunos salteadores todo cuanto tenía, y estaría desnudo; y además de esto hace el borracho muchas desvergüenzas, de echarse con mujeres casadas o hurtar cosas ajenas, o saltar por las paredes o hacer fuerza a algunas mujeres, o retozar con ellas, y hace todo esto porque es borracho y está fuera de su juicio; y en amaneciendo cuando se levanta el borracho, tiene la cara hinchada y disforme y no parece persona, y anda siempre voceando. Y el que no es muy dado al vino, y hácele mal a los ojos y a la cabeza y no se levanta, más duerme todo el día; y no tiene ganas de comer, más tiene hastío de ver la comida y con dificultad vuelve en sí. (Citado por ROMAN CELIS, pp. 24-25).

Páginas adelante describe Sahagún que:

... el vino se llamaba centzontotochtín, que quiere decir "400 conejos", porque -- tiene muchas y diversas maneras de borrachería (A), algunos borrachos, por razón del signo en que nacieron, el vino no les es perjudicial o contrario; en emborrachándose luego cénense dormidos o pónense cabizbajos, asentados y recogidos, ninguna travesura hacen ni dicen; y -- otros borrachos comienzan a llorar tristemente y a sollozar, y córrenles las lágrimas por los ojos, como arroyos de agua; y otros borrachos luego comienzan a cantar, y no quieren hablar ni oír cosas de burlas, más solamente reciben consolación en cantar, si no luego comienzan a hablar y hablar -- consigo mismos, o a infamar a otros y decir algunas desvergüenzas contra otros; y a entonarse, y decirse ser unos de los principales, honrados y menosprecian a otros y dicen afrentosas palabras. Y --

álzanse, y mueven la cabeza diciendo ser ricos y reprendiendo a otros de pobreza, y estimándose mucho como soberbios y rebeldes en sus palabras, y hablando recio y ásperamente moviendo las piernas y dando coces; y cuando están en su juicio son como mudos y temen a todos, y son temerosos, y excúsanse con decir, "estaba borracho, y no se lo que me dije, estaba tomado del vino". Y otros -- borrachos sospechan mal, hácese sospechosos y mal acondicionados y entienden las cosas al revés y levantan -- falsos testimonios a sus mujeres, y luego comienzan a enojarse con cualquiera que habla a su mujer, etc.; y si alguno habla, piensa que murmura de él, y si alguno ríe, piensa que se ríe de él, y -- así ríe con todos sin razón y sin por qué. Esto hacen -- por estar trastornados del vino. (Citado por ROMAN - CELIS, pp. 25-26) .

Podemos visualizar con la descripción que hace - - Fray Bernardino de Sahagún, basada en sus observaciones, el "modus vivendi" de los indígenas ante el problema del alcoholismo, el cual resulta nada más y nada menos que un retrato actual de los problemas y consecuencias tanto médicas como psicosociales del exceso de beber alcohol. Contrastan sin embargo los castigos antes impuestos a quie-- nes caían en estos excesos con las hoy vigentes sanciones estipuladas por la ley:

... Los mancebos que se criañado con los otros borra--
ban en la casa del Telpochcachos, éste tal, si era mace- --
li tenían cargo de barrer y gual castigábanle dándole de
limpiar la casa; y nadie bepalos hasta matarle, o le da
bían vino, más solamente los ban garrote delante de todos
que eran ya viejos bebían el los mancebos juntados, por--
vino muy secretamente y beque tomasen ejemplo y miedo_
bían poco, no se emborrachade no emborracharse; y si -
ban; y si parecía un mancebo era noble el que se emborra-
borracho públicamente o si chaba, dábanle garrote secre
le topaban con el vino, o tamente. (Citado por ROMAN_
le veían caído en la calle o CELIS, p. 28).
iba cantando o estaba acompa

Dejemos hasta aquí el aspecto prehispánico para --
bosquejar también la etapa de la colonia; iniciaremos - -
aclarando que el arte del cultivo de la vid y la crianza_
de vinos y licores derivados de la uva, no fueron conoci-
dos, en lo que a México toca, por los pueblos prehispáni-

cos, aún cuando existían en diferentes regiones varias especies de uvas silvestres a las que generalmente se les conoce como cimarronas; algunas de estas especies fueron descritas por el investigador Francisco Hernández en 1651 en su Estudio Científico "Thesaurus".

A la vid en náhuatl se le llama XOCOMECATL, que -- significa "bejuco ácido", mientras que en Oaxaca recibe -- en lengua zapoteca los nombres de BICHOLI y YAGA BICHOLI.

Explica la Enciclopedia de México que como los licores formaban parte de la dieta de los pueblos mediterráneos, en las expediciones que vinieron al descubrimiento y a la conquista de América ocuparon un lugar importante entre las provisiones necesarias que traían los tripulantes de los navíos, la gente de arma y los colonizadores.

Tres años después de la conquista, Hernán Cortés -- dispuso el 20 de marzo de 1524 que todo encomendero que -- tuviese repartimiento sembrara mil sarmientos por cada -- 100 indios y, al parecer, fueron los españoles los que injertaron las vides de la península sobre copas silvestres. En 1531 el emperador Carlos V ordenó que todos los navíos con destino a las Indias llevaran plantas de viñas y olivos, y entre 1536 y 1541, a juzgar por el testimonio de -- Fray Toribio de Benavente, ya había un viñedo a cuatro le

guas de Puebla, en el Val de Cristo, mientras que el padre Ponce, en su Relación Breve, anotaba que en Tehuacán "dance muchas y buenas uvas" y el periodista e historiador Rafael Heliodoro Valle describe plantaciones en tierras de Michoacán.

En 1953 -como es de suponerse dado lo próspero del negocio- el conquistador Francisco de Urdiñola estableció las primeras bodegas vinícolas de que se tiene noticia; - sin embargo, debido a tal incremento de los cultivos y a la buena calidad de los vinos, pronto los mercaderes que recibían el vino de la península y los comerciantes que de allá lo enviaban, presionaron a la Corona para: "...no consentir que se labrasen paños ni se pusieran viñas, para que no se enflaqueciese el trato y el comercio", por lo que Felipe II de España, según la Ley XVII, Título - - XVII, Libro IV de la Recopilación de las Indias, prohibió que se hicieran nuevas plantaciones o transplantaciones, aunque permitió que se usufructuasen las ya existentes. - Esta medida continuó en vigor durante los siglos de la dominación pero en realidad nunca fue del todo obedecida de tal manera que continuó el cultivo y hay noticias de que las cepas americanas fueron llevadas a Europa debido a - que se encontró que eran más resistentes a la plaga de la Filoxera, insecto que estuvo a punto de acabar con el vi-

no en el antiguo continente; esto constituye un dato interesante que refleja la calidad de las cepas de las colonias, principalmente de la Nueva España.

Marca esto el inicio de la producción vinícola en nuestro país; después de la independencia se buscó acabar con el monopolio español del vino y renovar la viticultura mexicana, y es hasta 1822 que aparece el primer gravamen a los vinos, siendo de 20% en relación con su precio a los vinos extranjeros y del 12% a los elaborados en el país, aumentando posteriormente durante el imperio a 40% sobre los vinos importados favoreciendo así la producción mexicana.

Durante los períodos siguientes de varios lustros, en los que ocurrieron la mutilación de nuestro territorio por parte de los Estados Unidos, la dictadura Santanista, el Plan de Ayutla, la Constitución de 1857, la Guerra de Tres Años, el Imperio de Maximiliano y el triunfo de la República que realizó Benito Juárez, no encontramos, de hecho, disposiciones legales o administrativas en relación directa con los vinos de mesa, aunque sí se expedieron leyes y decretos con aplicación a los productos de uva con alta graduación alcohólica.

Hablemos pues, de éstos últimos, es decir, de las

bebidas destiladas. Aparecieron en nuestro país con la llegada de los españoles, pues antes de esto, los indígenas desconocían la técnica y carecían de los medios para efectuarlo. Es necesario aclarar que fueron los árabes los descubridores del alambique y por lo tanto los inventores del proceso de destilación, es la palabra alcohol de este origen y se utilizaba este vocablo durante la Edad Media para referirse a los cuerpos reducidos a polvo y después a la parte importante de esos cuerpos. Estamos hablando del siglo X, aunque no fue sino hasta 600 años más tarde cuando el término alcohol, en su acepción como aguardiente, empezó a usarse como sinónimo de bebida embriagante.

Hacia el año de 1300, los moros, conquistadores de España, le enseñaron la forma de producirlo al gran alquimista y filósofo catalán Arnaldo de Vilanova. Pronto la producción de aguardiente en gran escala se extendió por toda Europa. Hay referencias de que en Módena se le utilizaba como medicamento contra la peste y otras enfermedades infecciosas, en tanto que en Irlanda se recomendaba para fortalecer el ánimo. Alemania lo comenzó a preparar en el siglo XV a base de cereales. Y en ese tiempo, el médico Juan Miguel Savonarola, que fue quizá quien mayor dedicación puso a la investigación del aguardiente, dejó una obra sobre sus características específicas y fue el -

primero en dar a conocer un procedimiento para determinar la cantidad de alcohol que contenían las bebidas en general.

Nos centraremos a hablar del tequila, que es la bebida destilada "típica" mexicana; se carece de datos de su uso durante la época colonial aunque se dice que sólo tomaban tequila los sacerdotes y los ancianos y que en ocasiones era utilizado por el pueblo para la cura, por frotación, de la falta de movimiento en las articulaciones, según testimonio del médico español Jerónimo Hernández. Su comercialización debe haberse iniciado en el siglo XVIII ya que hay constancia de que en 1758 se le concediera a José Antonio Cuervo, por orden del corregidor de la Nueva Galicia, extensas tierras próximas a la finca del alguacil mayor Juan López y Villoslada, que por haber pertenecido a la Cofradía Parroquial de las Benditas Animas, de la que era mayordomo el propio Cuervo, fueron llamadas de las Animas, donde comenzó la siembra del maguay, habiendo correspondido a uno de sus descendientes, José María Guadalupe Cuervo, recibir en 1975 la primera autorización de la Corona para producir este aguardiente por el que hoy se conoce a México en todo el mundo: Tequila Cuervo, mismo que se sigue elaborando en la actualidad.

Un siglo después, en 1890, se inició también la --

producción en gran escala de cerveza, al fundarse en Monterrey la CERVECERIA CUAUHTEMOC y en 1894 aparece la CERVECERIA NOCTEZUMA en Orizaba, y en 1925 la MODELO en el D.F. Ya para 1970 existían en México 19 fábricas de cerveza con un capital invertido de más de 3 mil millones de pesos de la época, muy alto, considerándose como la segunda industria del país, dando ocupación a más de 11 mil -- personas. Este producto es considerado de gran calidad -- en el extranjero, habiendo logrado numerosas distinciones en el mercado internacional. Lo importante de la aparición de la cerveza es que poco a poco fue desplazando al pulque, ya que aunque en la actualidad sigue consumiéndose este último considerablemente entre la gente de escasos recursos de nuestra sociedad, la cerveza ocupa el primer lugar de consumo de bebidas alcohólicas en todo el -- país.

Hemos hecho a lo largo de este capítulo un rápido recorrido a través de la historia de nuestro pueblo, con el fin de obtener una perspectiva del alcoholismo en México; concluiremos señalando los problemas actuales derivados de la ingesta desmedida del alcohol.

Aunque no es fácil medir el impacto que el alcoholismo está originando en nuestro país, existen algunos indicadores que permiten suponer que el problema se ha ido incrementando en los últimos años; entre otros, la Secre-

tarfa de Salubridad y Asistencia menciona apenas hace dos años los siguientes:

- 1.- Entre 1950 y 1975 se registraron aumentos del 100 al 500% en el consumo per-cápita de alcohol.
- 2.- La tasa de mortalidad por cirrosis hepática ha ocupado en la última década un lugar preponderante entre las 10 principales causas de muerte.
- 3.- La tasa de mortalidad en el alcohólico es 2.5 veces más que la tasa normal.
- 4.- 15% de las fuerzas productivas del país se nulifican por el alcoholismo representando una pérdida que a principios de la década de los 80's era considerada de más de 200 mil millones de pesos al año.
- 5.- 60% de los accidentes de tránsito están relacionados en alguna forma con la ingesta desmedida de etanol.
- 6.- En el 80% de los divorcios interviene el alcohol como causa determinante o desencadenante.

Finalmente podemos deducir que los problemas médicos, sociales, legales y laborales que estos datos manifiestan hacen del alcoholismo uno de los principales problemas de salud pública que actualmente afectan a este país.

II.2 ALCOHOLISMO

II.2.1 Definición y Clasificación de Alcoholismo

Definir es en realidad "asunto complicado"; etimológicamente la palabra definición consta de 2 vocablos latinos: de y finire, es decir delimitar, determinar, precisar.

Aristóteles (13) dice que la definición es: "La oración que expresa lo que una cosa es", es decir, el medio por el cual se manifiesta la esencia de una cosa o se explica su contenido.

Volviendo al subtítulo de esta página, lo que pretendemos es delimitar lo que el alcoholismo ES, y eso ha resultado sumamente difícil para quienes lo han intentado, motivo por el cual tenemos muchas descripciones, diversos puntos de vista y una permanente preocupación por lograr conocer la esencia de este trascendental problema.

Pero bien, debemos escoger una, y nos hemos inclinado por la que el doctor Agustín Caso Muñoz señala en su libro " Fundamentos de Psiquiatría " y que dice así:

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o, - - cuando la ingestión de alcohol constituye un requisi

to indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socio-ocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y/o ajuste económico.

Resulta interesante, a la vez que indispensable, desglosar un poco lo anterior.

En primer lugar la frase "un estado patológico" manifiesta claramente la idea de que el ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD.

Segundo, "la cantidad", no está en término de litros sino en función de consecuencias negativas.

Tercero, "el tiempo? no es necesario hablar de " n " años sino de periodos suficientes para afectar el desempeño normal de un ser humano.

Para ayudar al manejo de tanto subjetividad, tanto la Asociación Psiquiátrica Americana, como la Organización Mundial de la Salud distinguen tres tipos de alcoholismo: 1. Exceso alcohólico episódico. 2. Excesos alcohólicos habituales. 3. Adicción al alcohol. Procedemos a explicarlos:

1. Exceso alcohólico episódico (bebedor excesivo episódico)

Este tipo consiste en intoxicaciones, provocadas por consumo excesivo de alcohol, y que se presentan con una frecuencia de cuatro a doce veces por año. Se debe considerar como intoxicación alcohólica, un estado en el que el individuo presenta charla incoherente o balbuceante, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos (ataxia). Además, la alteración de la conducta es patente durante la intoxicación alcohólica.

Los excesos pueden durar varios días o semanas; se describen dos tipos: a) Los asociados con tensión (stress) física o mental y b) Los precipitados por cambios en el humor (cíclicos).

a) Exceso alcohólico asociado con tensión (stress) física o mental. - No cabe la menor duda que tanto el alcoholismo como otras toxicomanías pueden representar la defensa del individuo contra tensiones, problemas y estados de ansiedad que manifiestan en forma muy diversa: sensación de susto sin causa aparente; nerviosidad o agitación por dentro; sensación de miedo sin motivo o de estar a merced de una amenaza o amago indeterminado; sensación de tensión muscular, taquicardia; necesidad de evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le causen mie

do; tamblores; dificultad para conciliar el sueño; dolores musculares, dolores en el corazón o en el pecho, sudores, dificultad para respirar, sensación de flojera o escasa energía, desvanecimientos o mareos, cefaleas, sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia, inseguridad - en sí mismo, suspicacia de otros, etcétera. No cabe duda que la vida moderna es intensa y compleja; nos exige elevar el nivel de vida; el trabajo diario cada vez tiene un ritmo más rápido y un descanso insuficiente. Numerosas personas viven en conflicto constantemente. Sus normas religiosas, éticas y morales se encuentran en pugna con sus actividades profesionales y familiares.

La iniciación del hábito alcohólico en el enfermo neurótico ha sido explicado del siguiente modo:

- . El sujeto se angustia por diferentes causas;
- . El alcohol es muy eficaz para aliviar este estado;
- . Cualquier acto que reduce con facilidad la angustia - - tiende a convertirse en hábito;
- . Se establece un núcleo obsesivo; el sujeto sigue bebiendo en mayor cantidad, tiene verdaderos excesos alcohólicos.

Piensa que sólo la bebida puede mejorar eficazmente la angustia y a su vez, el haber bebido aumenta la an-

gustia ya existente y le hace beber más. Es decir, en un principio tiende a obtener "un provecho psíquico", que -- puede ser incluso un simple placer sensorial gustativo o de alegría. Más tarde se establece el "círculo vicioso"; la ingestión de alcohol mejora los síntomas que provoca - la abstinencia, la voluntad se debilita y el sujeto se -- convierte en un alcohólico. Existe pérdida del dominio - de la conducta alcohólica -es decir, incapacidad para alejarse del alcohol y tendencia a racionalizar su conducta_ alcohólica por medio de excusas-; asimismo, hay tendencia al aislamiento social, pérdida de intereses externos, disminución del impulso sexual, celos y, en ocasiones, el enfermo que al principio tenía únicamente excesos, ahora -- tiene que ingerir en forma regular y matinal el alcohol.

Allman, Taylor y Nathan (3) en un estudio experimental en tres alcohólicos crónicos (1972), investigaron_ las relaciones existentes entre el consumo de alcohol y - el estado de ánimo y la psicopatología. Observaron que - los enfermos bebieron mayores cantidades durante los períodos de stress y socialización. El stress provocó considerable aumento de tensión, depresión y ansiedad; el -- alcohol en forma independiente, aumentó con preferencia - los niveles de depresión y ansiedad.

b).- Excesos alcohólicos precipitados por cambios

cíclicos de humor. - En ocasiones es posible relacionar los excesos alcohólicos con los cambios del talante; esto es, puede atribuirse a un trastorno subyacente del humor, por ejemplo, en la psicosis maniaco-depresiva de tipo maniaco. Numerosos estudios han demostrado la fuerte asociación de este tipo de psicosis con el abuso del alcohol. También algunas investigaciones le han relacionado con la fase depresiva (Minski, L. 1972), pero tanto el estudio de Mayfield y Coleman (1968), como el publicado de Reich, L. H. y colaboradores (1974), han puesto de manifiesto la íntima asociación que existe entre el abuso del alcohol y la psicosis maniaco-depresiva predominando en la fase de manía (3).

2. Excesos alcohólicos habituales (bebedor excesivo habitual)

Se caracteriza este tipo de alcoholismo por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año; en otras ocasiones se trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

3. Adicción al alcohol

Este tipo de alcoholismo también se ha denominado

alcoholismo crónico, dependencia al alcohol y dipsomanía. Puede decirse que hay adicción al alcohol cuando la ingestión de éste, en fuertes cantidades, se sostiene durante tres meses o más. Otra manifestación de adicción es que al cesar la ingestión de alcohol, se presentan síntomas - que pueden ser graves. Se han descrito los siguientes: - temblor, debilidad, sudación, náusea, vómito, diarrea, -- hiperreflexia, fiebre, presión arterial elevada, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens. La intensidad de los síntomas depende del grado de intoxicación y su duración. Es decir, en la adicción al alcohol existe tanto una dependencia emocional como física. Además, el alcohólico crónico presenta el fenómeno de tolerancia; el consumo de alcohol cada vez es mayor.

Ahora bien, está establecido que la ingestión crónica de alcohol provoca una tolerancia farmacodinámica. - Por lo tanto, el sujeto que ha desarrollado tolerancia necesita concentraciones mayores de alcohol en la sangre, - para llegar a la intoxicación, que el que no ha desarrollado dicha tolerancia.

El uso crónico del alcohol provoca, además, un aumento de la capacidad para metabolizar éste.

Esta clasificación aparece en el Manual Diagnósti-

co y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM II), pero existen muchas más, todas en busca de reducir la con fusión y proporcionar vías para una acción efectiva. Las clasificaciones por lo menos deben servir para reconocer_ y organizar los conceptos y los conocimientos que se tienen en un momento determinado, pero para mantenerse efectivas deben revisarse periódicamente con el fin de reajus_ tarse a los nuevos conocimientos. Pensando con sentido - pragmático, debemos esperar que una buena clasificación - contribuya al desarrollo de programas comunitarios más - efectivos, por lo menos en tres aspectos:

- a) Primero, los sistemas de clasificación han de propor- cionar una base para un enfoque comprensivo, no frag- mentario, de los complicados problemas relacionados - con la intoxicación, la dependencia y los aspectos clí_ nicos y sociales agregados.
- b) Deben facilitar los esfuerzos coordinados de carácter_ multidisciplinario que se enfrentan al problema del al_ coholismo, con un enfoque integral.
- c) Finalmente, deben ser adecuados y suficientes para ori_ ginar y encauzar las políticas gubernamentales de ac- ción contra el alcoholismo.

Una pregunta pertinente es la siguiente: ¿ Qué lu-

gar le corresponde al alcoholismo entre las demás formas de conducta patológica? Pues bien, el DSM II lo incluye como cabeza de grupo dentro de los "Desórdenes de la personalidad y ciertos otros Desórdenes Mentales no Psicóticos" quedando así con la misma categoría y junto a los desórdenes de la personalidad propiamente dichos, las farmacodependencias y las desviaciones sexuales. La clasificación es la descrita en páginas anteriores. Sin embargo, en el nuevo manual el DSM III aparecen cambios importantes: encontramos el alcoholismo dentro del apartado TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS, que de hecho desaparece este término utilizando ahora Dependencia Alcohólica - - (303.9) y bajo el capítulo TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, encontramos la intoxicación alcohólica (303.00), intoxicación idiosincrásica (291.40), abstinencia (291.80), Delirium por abstinencia (291.00), alucinosis (291.30) y trastorno amnésico (291.10). Se hace también una distinción entre Abuso y Dependencia al Alcohol bajo los siguientes criterios: (5)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL ABUSO DE ALCOHOL

A.- Patrón patológico de uso de alcohol: Necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el

exceso de bebida (período de abstinencia temporal) o restricción de la bebida durante determinadas horas del día; como mínimo dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación (lagunas, "blackouts"); continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los graves trastornos físicos que padece se exacerban con la ingesta.

B.- Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: Por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdidas de empleo, problemas legales (por ejemplo, detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación), discusiones o dificultades con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

C.- Duración de la alteración de un mes como mínimo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

A.- Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol:

Patrón patológico de uso de alcohol: Necesidad -- diaria de alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (períodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día); embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día durante al menos dos - - días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación - (blackouts"); continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta. Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol. - Por ejemplo: actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales - (por ejemplo, detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico durante la intoxicación), discusiones o problemas con familiares o amigos debido al excesivo uso de alcohol.

B.- Cualquiera de las dos: tolerancia o abstinencia:

Tolerancia: Necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia: Desarrollo de abstinencia alcohólica (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir la bebida.

Existen numerosas clasificaciones, algunas en base a la observación clínica en relación con la periodicidad de la intoxicación; otras en base a las posibles motivaciones y la conducta del alcohólico, todas resultan útiles; una de las que mejor se conocen y a la vez universalmente aceptada es la de Jellinek que aparece en un manual para estudiantes que dio a conocer el Instituto Donwood de Toronto, Canadá. Jellinek (20) consideró diversos elementos en una combinación que le permitió establecer cinco formas de alcoholismo a las que dio nombres de letras griegas:

Alcoholismo Alfa.- Esta forma traduce una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en éste, casi ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aun de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad

y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo Beta.- Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada del alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica).

Alcoholismo Gamma.- En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o falta de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde por completo el control. Por supuesto, puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Delta.- Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo Gamma, el sujeto no puede abstenerse de beber ni -- aún por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Epsilon.- Es el alcoholismo periódico también llamado "dipsomanía".

II.2.2 Bebidas Alcohólicas

Aclaremos primero que se conocen con el nombre de bebidas alcohólicas las que contienen alcohol etílico.

Hay cinco tipos de bebidas que contienen alcohol etílico:

1. Cerveza
2. Vinos de mesa
3. Vinos fortificados o de cocktail
4. Licores o cordiales
5. Bebidas destiladas espirituosas.

Estas bebidas difieren entre sí en su composición, características, efectos tóxicos y sobre todo, en su contenido de alcohol.

La intensidad de sus efectos puede expresarse teóricamente según el porcentaje de alcohol que contengan; en la tabla A encontramos una lista de bebidas y su respectivo porcentaje de alcohol (Pag. 42)

Continuando, la cerveza, el pulque, la sidra y el vino, bebidas que contienen poco alcohol, se obtienen de la fermentación de cereales, magueyes, manzanas y uvas, respectivamente. Los vinos fortificados como el jerez se

obtienen añadiendo brandy a vinos de mesa, lo que aumenta su contenido de alcohol al 20%.

Debido a la considerable diferencia en el contenido de alcohol entre las bebidas fermentales y destiladas, la gente supone que las primeras son menos dañinas que las segundas; en cierto sentido esto es verdad, pero es preciso tomar en cuenta los volúmenes que se beben de cada una de ellas, porque, si bien la cerveza y el pulque contiene menos alcohol, también es cierto que su ingestión puede ser de varios litros al día.

Indudablemente son las bebidas destiladas las que contienen una proporción mayor de etanol y es importante mencionar que el proceso de destilación se basa en que el punto de ebullición del alcohol es inferior al del agua - de tal forma que cuando el vino o la cerveza se calientan en un recipiente, el vapor obtenido contiene un porcentaje mayor de alcohol que el de la bebida original; al condensarse, la bebida destilada es más "fuerte".

TABLA "A" Tipos de Bebida y Concentración de Alcohol (4)

BEBIDA	PORCENTAJE DE ALCOHOL
Cerveza	3.5 a 4.5
Pulque	6
Sidra	3 a 12
Vinos de mesa	10 a 12
Champaña	12
Vermouths	17 a 18
Vinos fortificados :	
* Jerez	16 a 22
* Moscatel	
Licores :	
* Benedictine	
* Cointreau	30 a 40
* Curacao	
Brandy o Whisky	40
Tequila	40
Bourbon	40 a 50
Vodka Polaco	45

La primera bebida destilada fue el brandy, término - que quiere decir "VINO QUEMADO". Fueron los médicos y - los religiosos quienes, durante la Edad Media, utilizaron más el proceso de destilación, pues pensaban que las bebidas así obtenidas producían efectos medicinales; lo irónico de esto es que algunas autoridades consideraran que an--tes de que se inventara la destilación con fines "médicos", los problemas que el alcohol origina eran menos comunes, y que fue la elaboración de bebidas más fuertes lo que incrementó el problema, especialmente cuando se comercializó su uso en el período de industrialización y urbanización.

Es curioso, pero al alcohol se le ha considerado - como medicina y también como alimento, y esto es necesario aclararlo bien:

a) El alcohol como medicina.- Los efectos fisiológicos del alcohol en el organismo se han considerado benéficos en ocasiones, por ejemplo el alcohol puede aumentar el apetito y estimular la digestión, aumentando la secreción salival y de jugo gástrico. Por otra parte, se cree que la cerveza es útil para la constipación, aunque lo - más probable es que éste efecto se deba a las grandes cantidades de líquido ingerido. Durante algún tiempo se pensó que el efecto vasodilatador del alcohol podría ser --

útil aún cuando en personas de edad avanzada esta acción vasodilatadora de la circulación cutánea provoca una sensación de calor, útil sobre todo en climas fríos. Tampoco se acepta que el brandy, el ron o el tequila ayuden a curar la gripe o el catarro común, si bien, algunos síntomas como el dolor de espalda pueden atenuarse. La realidad es que hoy en día el uso clínico del alcohol está totalmente abolido.

b) El alcohol como alimento.- Debido a que el alcohol mejora la digestión y produce calorías, en ocasiones se ha considerado como un alimento; por ejemplo en México es común oír que al pulque "le falta un grado para ser carne". Es cierto que el valor calórico del alcohol es alto, y en este sentido podría ser considerado como un alimento, pero sería un alimento incompleto porque, si bien produce 8 calorías por gramo, no contiene proteínas, grasas ni vitaminas. Tampoco puede utilizarse como reserva calórica ya que no se almacena, sino que se oxida tan luego es ingerido. Si algunas bebidas como la cerveza o el vino tienen algún valor nutritivo, ello se debe a otras sustancias pero no al alcohol; además los procedimientos modernos de pasteurización y filtración destruyen sus vitaminas, especialmente a la vitamina B. Por su parte, las bebidas destiladas nunca han tenido valor nutritivo ya que las vitaminas no son transportadas en el proce-

so de destilación.

Hay otros mecanismos por los cuales el alcohol - - afecta a la nutrición, por ejemplo, la interferencia en - el proceso de la digestión, la disminución del apetito - del bebedor, y la posibilidad de poder originar vómitos . Desde el punto de vista económico, el alcohol también - - afecta la nutrición, pues el dinero que debería gastarse en alimentos, muchas veces se utiliza para comprar bebidas alcohólicas. El efecto de la combinación de las deficiencias nutritivas y la acción tóxica del alcohol produce lesiones del sistema nervioso, del hígado y del estómago.

Una vez aclarados estos dos puntos, consideramos - necesario profundizar sobre las consecuencias físicas de la ingestión excesiva del alcohol; por ello hemos dedicado un capítulo especial a los efectos fisiológicos y psicológicos del alcohol y lo ofrecemos a continuación.

II.2.3 Fisiopatología del Alcohol

Aunque el alcohol afecta a todas las células del - cuerpo, su efecto más notable se aprecia en las células - del cerebro y se manifiesta por lo tanto en la conducta.

Puesto que no requiere de una digestión previa, - -

puede absorberse directamente hacia la sangre. La velocidad de absorción es mucho más rápida que la de eliminación, de lo cual resulta que una ingestión exagerada origina una concentración considerable.

Aunque la tolerancia del alcohol varía con los individuos, en general se acepta que una persona está intoxicada cuando muestra una concentración de 150 mg. o más en 100 ml. de sangre, o su equivalente en orina, saliva o gas exhalado. Según el National Safety Council Committee on Test for Intoxication, esta concentración altera el juicio y la acción y hace peliproso manejar un automóvil.

Esto supone que las tendencias estimulantes de la droga, en términos de la conducta se debe a que pierde la inhibición porque se alteran los controles Yofcos y Super yofcos que ordinariamente están presentes. El alcohol reduce el temor que el individuo tiene ante conductas que en general le producen vergüenza, culpa o angustia. Esta droga tiene también efectos analgésicos específicos. El hecho de que el uso moderado del alcohol disminuya la inhibición es el principal efecto en la conducta que hace que los individuos embriagados se sientan bien, a gusto socialmente, y a veces aumenten su capacidad para el trabajo creativo y el ímpetu efectivo. El aumento en el pensamiento creativo probablemente resulta de que emerge

el pensamiento primario, y se reorganiza e integra con -- los procesos secundarios del pensamiento. Estos efectos_ no ocurren cuando hay intoxicación intensa, ya que entonces se alteran todas las actividades perceptuales, cognos citivas y de juicio. El alcohol tiende a sedar y producir sueño, pero incluso en esto sus efectos varían cuando la dosis es moderada según el individuo. Algunos se vuelven agresivos y ruidosos.

Johnson, Burdick y Smith (5), han encontrado que - en el alcohólico crónico existen largos períodos de laten cia antes de que se inicie el sueño. El sueño mismo ocurre con frecuentes despertamientos y movimientos corporales, numerosos cambios de una etapa de sueño a otro y una notable disminución de la etapa cuatro (sueño de ondas -- lentas); sin embargo se acepta que el alcohol no es un es timulante, sino un depresor del Sistema Nervioso Central. Hay pruebas de que la acción inicial del alcohol es depri mir ciertas estructuras sub-corticales (¿formación reticu lar alta?) que por lo común modulan la actividad de la - corteza cerebral.

Según Lieber (5), el alcohol es un compuesto rico en energía que se metaboliza de maneras diferentes a través de diversos procesos corporales y tiene amplios efectos tóxicos sobre dichos procesos. En contraste con - --

otros compuestos ricos en energía, como los carbohidratos y las grasas que se sintetizan en el cuerpo al ingerirse en la dieta, el alcohol es un elemento extraño al organismo. Se absorbe con rapidez a través del conducto digestivo y es un agente que debe metabolizarse por medio de procesos oxidativos, ya que no se almacena en los tejidos, y sólo una pequeña cantidad se elimina a través de los riñones o los pulmones. El proceso oxidativo tiene lugar sólo en el hígado, lo que hace que este órgano sea la fuente principal de los efectos tóxicos producidos por el alcohol.

Como el alcohol tiene un alto valor calórico (7.1 calorías por gramo), al ingerirlo en grandes cantidades el individuo no siente el requerimiento de otros alimentos, como resultado disminuye el apetito. Es más, como el alcohol produce directamente inflamación del estómago, el páncreas y los intestinos, cuando se usa en exceso puede alterar los procesos de la digestión y de la absorción de los nutrientes corporales. Como consecuencia, se presenta desnutrición. El efecto del alcohol sobre los intestinos se debe a las consecuencias secundarias de la inflamación, y aumenta todavía más la probabilidad de desnutrición, ya que la absorción de otros alimentos disminuye. Tanto el alcohol como su principal producto de conversión que es el acetaldehído, puede interferir con la activa-

ción que las células hepáticas hacen de las vitaminas; en consecuencia, se aumenta por otro camino la posibilidad de desnutrición.

El etanol, catalizado por la enzima deshidrogenasa del alcohol se transfiere de la sustancia ingerida hacia un cofactor, que es el dinucleótido nicotinamida adeina (NAD); así se convierte el alcohol en acetaldehído. A continuación este último se oxida para formar acetato, el que a su vez se convierte en bióxido de carbono y agua. Los efectos metabólicos principales del etanol se relacionan con el acetaldehído y el hidrógeno que se forman durante su oxidación.

Debido al exceso de hidrógeno en el hígado durante el metabolismo del alcohol, los procesos metabólicos en el órgano se modifican. Se desvía el proceso metabólico por el cual los aminoácidos se reducen para formar piruvato; esta desviación consiste en que el piruvato mismo se reduce para formarse lactato en vez de glucosa. Dicho trastorno en el proceso de gluconeogénesis hace que disminuya el azúcar sanguíneo (hipoglicemia).

El aumento en lactato como consecuencia del exceso de hidrógeno produce una acidosis láctica, la que a su vez afecta al riñón e interfiere con la secreción de ácido

úrico. Según Lieber señala, la hiperuricemia secundaria - a la ingestión excesiva del alcohol puede llevar a que el individuo predispuesto presente gota en forma de ataques agudos.

El exceso de hidrógeno que la reducción del alcohol genera también afecta la síntesis de ácidos grasos y de alfa-glicero-fosfato, que son los precursores de los triglicéridos (lípidos) que se acumulan en el hígado graso del alcohólico. De esta manera, el exceso de hidrógeno que se absorbe en la mitocondria celular bloquea la oxidación de la grasa y de lípidos que tienden a acumularse.

La acumulación de lípidos conduce a la formación excesiva de lipoproteínas. La prueba de esto es el aumento de un retículo endoplásmico suave en las células. El hígado del alcohólico, adaptado a la producción de estas lipoproteínas, responde a la ingestión de alimentos activando en forma regular este proceso y produciendo así hiperlipemia. Además de producir hiperlipemia, el hígado tiene que deshacerse del exceso de grasa para lo cual lo convierte en cuerpos cetónicos, que a su vez pueden producir cetoacidosis en el alcohólico.

Hay datos fehacientes de que la proliferación de un retículo suave después de que se consume alcohol aumen

ta su capacidad metabólica para degradar las drogas. Por esto el alcohólico crónico requerirá mayores dosis de barbitúricos, de meprobamato y tal vez de otros medicamentos, así como de anestésicos durante procesos quirúrgicos para lograr el efecto deseado; esto contrasta con lo que sucede en individuos que no son adictos al etanol. No obstante, el efecto mencionado sólo se observa cuando el individuo está sobrio. Cuando el alcohólico crónico está embriagado, el efecto de los agentes mencionados es el opuesto, ya que la actividad aumentada del retículo suave metaboliza el alcohol mismo por vías accesorias y complementa el sistema básico de deshidrogenasa del alcohol. Esta vía microsómica del etanol comienza a operar cuando el etanol mismo alcanza un nivel especial ya que entra en competencia con otras drogas cuyos metabolismos comparten elementos del funcionamiento del sistema; de ahí que la degradación de dichas drogas se hace lenta. De acuerdo con esto, el aumento de la actividad de este sistema puede explicar la excesiva vulnerabilidad que se ha observado en el alcohólico crónico ante la toxicidad del tetracloruro de carbono.

Además de los efectos directos del alcohol sobre el funcionamiento hepático, el acetaldehído, que es el producto de degradación del alcohol mismo, tiene efectos intensos sobre la función cerebral. Se ha sugerido que es

acetaldehído y no el alcohol el responsable de que se desarrolle la dependencia que aparece con la tolerancia. Esta hipótesis propone que el acetaldehído compite en el cerebro con los neurotransmisores, y que los aldehídos no metabolizados de los neurotransmisores se acumulan y se combinan con los principales neurotransmisores para formar compuestos similares a algunos derivados de la morfina. Otra hipótesis sugiere que el acetaldehído se combina con las aminas para formar derivados de la isoquinolina, que se conocen como compuestos psicoactivos potentes.

El etanol tiende a producir hipoglucemia en las personas normales en ayunas, en los alcohólicos, en los tiorotóxicos y en los diabéticos descompensados. Las personas obesas no diabéticas, en ayunas no presentan hipoglucemia cuando ingieren alcohol.

Es posible que los alcohólicos que desarrollan una de las encefalopatías estén predispuestos a ese padecimiento por un defecto en el metabolismo del magnesio. Stendig y Lindberg (5), han encontrado que la hipomagnesemia, que se asocia al delirium tremens tiende a evolucionar hacia una encefalopatía alcohólica con mayor frecuencia que los individuos sin dicho padecimiento. Parece que la ingestión de etanol provoca la pérdida urinaria del catión.

Investigaciones recientes han demostrado que la -- hepatomegalia que ocurre en el alcoholismo no sólo proviene de un aumento de lípido en ese órgano, sino también en un aumento de proteína. Es más, esta acumulación de proteína tiene lugar en la fracción soluble de la célula, y probablemente se explica por la retención intrahepática de las proteínas para la exportación.

Rubin y sus colaboradores (5), al estudiar la esterilidad que se presenta en el alcohólico crónico, encontraron en experimentos con animales y también con voluntarios humanos, que el consumo prolongado de etanol aumenta notablemente la actividad de la 5 alfa-testosterona reductasa y que por lo tanto, dicho consumo puede dañar esta vía principal que se relaciona con el metabolismo de la testosterona. Sobre este mismo tema Van Thiel y sus colaboradores (10), comprobaron que en la mitad o en tres cuartas partes de los alcohólicos crónicos con cirrosis de hígado existe atrofia testicular, que se puede demostrar en una biopsia de testículo; investigando este dato, los autores mencionados encontraron que el etanol inhibe el metabolismo de la vitamina A en los testículos. Esto también podría estar relacionado con la aparición de esterilidad en 10% de los alcohólicos crónicos que desarrollaron esta deficiencia biológica.

Cuando se administra alcohol, se reducen en la san
gre tres compuestos:

1. Una sustancia del tipo de la noradrenalina, que se en
cuentra elevada cuando el individuo experimenta angusta
tia;
2. Una sustancia del tipo de la noradrenacolinérgicos, -
que se encuentra elevada cuando se provoca tensión en
el sujeto, y
3. Una sustancia que regularmente se encuentra cuando la
persona experimenta resentimiento.

Se encuentra de manera constante que los alcohóli-
cos tienen más "sustancia de resentimiento" que otros in-
dividuos y que el alcohol es efectivo para reducir la ac
ción de las tres sustancias mencionadas en la sangre de -
los alcohólicos.

El alcohólico puesto que reduce su angustia, su --
tensión y su resentimiento a través del tóxico, trata de_
usarlo cada vez con más frecuencia. Su adicción se mani-
fiesta no sólo por el uso persistente del alcohol, sino -
también por los efectos que se presentan al suspenderlo .
Estos efectos pueden ser moderados, como por ejemplo au-
mento de la angustia, deseo intenso de ingerir alcohol ,

debilidad, temblores y transpiración, pero pueden también ser trastornos graves e incluir anorexia, náuseas, vómito, fiebre, taquicardia, convulsiones, alucinaciones, hasta - llegar al delirium tremens.

Finalmente, y a manera de resumen revisemos los siguientes cuadros sinópticos:

TABLA "B" Efectos Inmediatos del Alcohol	
*En un individuo de 70 Kg. de peso	
CANTIDAD INGERIDA POR CADA 100ml DE SANGRE	EFECTO
30 ml -----	Euforia
60 - 80 ml -----	Alegría
140 -170 ml -----	Torpeza
230 -280 ml -----	Modorra
680 ml -----	Coma o Muerte

NOTA: LOS EFECTOS INMEDIATOS DEL ALCOHOL DEPENDEN DE LA -
TOLERANCIA DESARROLLADA POR EL SUJETO.

TABLA "C" Efectos Clínicos (5)

Se sabe que el consumo habitual de grandes cantidades -
de alcohol puede provocar trastornos intensos en diver-
sas funciones corporales y mentales.

He aquí las principales:

1. CIRROSIS
2. HIGADO GRASO
3. HEPATITIS ALCOHOLICA AGUDA
4. HIPOGLUCEMIA
5. GASTRITIS, ULCERAS, HEMATEMESIS
6. PANCREATITIS
7. CARDIOPATIAS AGUDAS Y CRONICAS
8. ENFERMEDADES NUTRICIONALES DEL SISTEMA NERVIOSO
 - a) Síndrome Wernicke - Korsakoff
 - b) Polineuropatía
 - c) Ambliopatía tabaco-alcohol
 - d) Encefalopatía por carencia de ácido nicotínico (pe-
lagra)
9. PSICOSIS ALCOHOLICAS
 - a) Delirium Tremens
 - b) Psicosis de Korsakoff
 - c) Otras alucinosis alcohólicas
 - d) Estados paranoideo alcohólico (paranoia alcohó-
lica)
 - e) Intoxicación Alcohólica Aguda
 - f) Deterioro alcohólico
 - g) Intoxicación patológica

II.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL

En 1977, la Organización Mundial de la Salud publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo cuya finalidad principal, fue esclarecer conceptos en torno a esta farmacodependencia. En este trabajo, se propone dar el nombre de "Síndrome de Dependencia del Alcohol" a lo que hemos conocido como alcoholismo, aclarando que los autores no se oponen al uso ya universalmente aceptado de este término, ni a la posición de quienes se inclinan por el concepto de enfermedad aplicado a esta condición evidentemente patológica. Una extensa revisión de la bibliografía existente -- conduce -- dice este grupo de investigadores -- a una primera conclusión indiscutible: el síndrome existe aunque científicamente no se esté en posición de clasificar la dependencia del alcohol como una condición de etiología conocida y de expresión patológica totalmente establecida -- conforme a lo que comúnmente se conoce como "historia natural de la enfermedad".

A pesar de las grandes lagunas que aún persisten en el conocimiento de este problema de tan graves consecuencias individuales y sociales, la evidencia actual permite asegurar que el síndrome es una realidad psicobiológica y no un simple y arbitrario membrete.

Al abordar el tema de la etiología, interesa dejar establecido que dicho enfoque parte de la total aceptación de ese marco conceptual que se estructura con base en las siguientes premisas:

a) Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo, o quizás mejor como "adicción al alcohol", subclasificable en tipos que reflejan la influencia de factores secundarios.

b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.

c) Por la misma razón, las incapacidades de cualquier individuo, relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, son susceptibles de un análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmacodependiente.

d) El síndrome de dependencia del alcohol en una condición "diagnosticable", en la que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactúan con los que son propiamente orgánicos o biológicos.

e) El síndrome se caracteriza porque el sujeto afectado manifiesta, necesariamente, alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones.

Un enfoque como éste obliga a abandonar, desde el principio, las expectativas de encontrar una sola "causa" del alcoholismo. Los investigadores que tienen intereses muy especializados y que desean definirlo desde sus propios enfoques doctrinarios, tal vez sigan buscando esa causa única, como si pudiera postularse la etiología unitaria de un trastorno cuya característica principal es la complejidad. Sin embargo, si nos basamos en los conocimientos que ya se tienen sobre la etiopatogenia, tal búsqueda no se apega a una actitud científica. Todo lo sabido lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes del alcoholismo.

La incapacidad para identificar una causa específica puede llevar a pensar que ningún tratamiento es racional, lo que sería desafortunado. A pesar de la mezcla de los datos bien conocidos con la fantasía, las hipótesis y la información errónea, sabemos lo suficiente sobre la patogenia del alcoholismo para actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio efectivo de los pacientes. Pero es necesario insistir y dejar bien aclarado este punto: para comprender el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe enfatizar que la gran mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa única sino una interacción complicada de fac

tores fisiológicos, psicológicos y sociales que origina y desarrolla esta grave farmacodependencia.

De acuerdo a los estudios del Dr. Plaunt, (16), -- los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizás determinada fisiológicamente) que les -- permite experimentar intenso alivio y relajación.

2) Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

3) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Estos puntos constituyen indudablemente un buen modelo que resume bien los diferentes factores que se involucran en relación al problema del alcoholismo. En definitiva, mientras más estudios se acumulan, más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos de personalidades de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas razones para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso. Por - -

ello es que no hablaremos aquí de "teorías" sobre las causas del alcoholismo, sino de los factores de diferente tipo que contribuyen a formar la complicada etiopatogenia del síndrome de dependencia del alcohol. Sin dejar de --mencionar ciertas hipótesis en relación con esos factores interactuantes a los que dividiremos en tres grupos: los de orden fisiológico o biológicos, los psicológicos y los de carácter sociocultural.

II.3.1 Factores Fisiológicos

La investigación de los cambios ocurridos en el organismo del individuo alcohólico está sujeta al método --científico, pero debemos reconocer que tales cambios bien pueden ser el resultado de una intensa y prolongada ingestión de alcohol. Por lo que se encuentra el problema de distinguir entre causas y efectos. Sin embargo, la asociación de los cambios fisiológicos y la ingestión de bebidas alcohólicas es un campo absolutamente válido para --la investigación, aunque quizás, resulte de mayor trascendencia para la patología y la clínica, no tanto para el estudio de la etiopatogenia del síndrome de dependencia --del alcohol.

En los últimos años se ha prestado gran atención --al estudio del metabolismo del etanol, las respuestas fi-

siológicas que produce y su influencia sobre la evolución de la enfermedad con sus complicaciones físicas y psicológicas. Aunque de las investigaciones se han obtenido muchos conocimientos de indudable utilidad, quedan aún sin respuesta las preguntas sobre si el alcoholismo es una -- aberración fisiológica. A continuación se expondrán las hipótesis más conocidas que han dado a los factores fisiológicos una importancia decisiva.

En cuanto a los factores genéticos.- Los estudios hechos por diversos autores parecen demostrar la naturalgza familiar del alcoholismo, pero de acuerdo con éstos y otros estudios, la fuerza de los posibles factores fami--liares depende de la severidad del alcoholismo de las per--sonas sometidas a la investigación. Cuando se trata de -alcohólicos hospitalizados, se puede afirmar que alrede--dor del 50% de los familiares de primer grado (los pa--dres, los hermanos, los hijos), sufre o sufrirá alcoho--lismo. Por supuesto, semejante tendencia familiar no im--plica necesariamente que existan factores genéticos, dado que las mismas influencias psicológicas y culturales - - afectan a todos los miembros del grupo familiar.

El estudio de gemelos es importante para estable--cer la naturaleza genética de los factores patogénicos. - Se parte de una premisa: al comparar el grado de concor--

dancia entre alcohólicos genéticamente idénticos (monocigóticos) con el de los gemelos bivitelinos (dicigóticos), se pueden obtener datos concluyentes sobre la importancia de la herencia en el alcoholismo. De entre las investigaciones que han sido calificadas como las más importantes, destaca la de Kaij (16) en Suiza, quien estudió a 174 pares de mellizos de los cuales uno de cada par por lo menos, era alcohólico registrado en el Consejo de Temperancia. Reportó que había una concordancia de 54% para el alcoholismo en los gemelos univitelinos o monocigóticos, contra 28% para el caso de los bivitelinos o dicigóticos. Igualmente, encontró que a mayor gravedad del síndrome en el primero de cada mellizo identificado, mayor concordancia con su pareja. Análisis posteriores de la muestra llevaron a concluir que el deterioro de la vida social y del funcionamiento cerebral de los alcohólicos es mayor en los monocigóticos, existiendo una relación directa entre esta condición y el deterioro mismo.

Partane, Bruun y Markkanen (16) examinaron a 133 parejas de mellizos monocigóticos y 471 dicigóticos de entre 28 y 37 años de edad, encontrando una discrepancia con el estudio de Kaij : la relación directa de la gravedad del alcoholismo se da en la frecuencia y cantidad de la bebida, pero no con las consecuencias sociales. Por su parte, Lochlin (16), investigó 850 gemelos del mismo -

sexo mediante el sistema cuestionario, y concluyó que parece haber un factor genético que condiciona la gravedad de la ingestión de alcohol pero no necesariamente las consecuencias médicas y sociales.

En otro tipo de estudios, también dirigidos a encontrar la posible intervención de la herencia en la etiología del alcoholismo, se intenta relacionar este síndrome, con factores que son conocidos como seguramente transmitidos genéticamente. Se trata de los llamados "marcadores" o indicadores genéticos, tales como los tipos sanguíneos y la ceguera para ciertos colores, que se identifican en los individuos para ver si tienen o no una relación consistente con la presencia del alcoholismo. Se ha utilizado, como era de esperarse, una gran variedad de estos indicadores como los grupos sanguíneos ABO que fueron reportados por algunos autores como ligados al alcoholismo, hechos que no fueron confirmados por otros investigadores. Lo mismo ocurrió con la sensibilidad a la prueba de la feniltiocarbamida y la ceguera a los colores. Se puede concluir, respecto a este tipo de estudios, que en general son consistentes con las hipótesis que sostienen la ingerencia genética en el alcoholismo, pero tan heterogéneos, que es imposible llegar al conocimiento científico inequívocamente definido. Por lo que encontrar una re

lación positiva y al mismo tiempo significativa entre un indicador genético y el alcoholismo, es en muchos aspectos como tratar de dar con una aguja en un pajar.

Todavía habría que agregar otros campos de estudio interesantes dentro del marco de la genética. Las investigaciones sobre la preferencia de algunos animales por las bebidas alcohólicas y su posible transmisión a la prole, así como los estudios practicados en los hijos de alcohólicos separados tempranamente de sus padres, son -- otras fuentes de conocimientos del mayor interés.

Pero tenemos que decir, atendiendo a la valoración que de estas búsquedas hacen los autores de mayor influencia, que a pesar de la evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos: la disposición constitucional, cuando existe en un individuo dado, tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico. Pero sería un grave error negar la participación de la herencia en la precipitación del alcoholismo, como parece que lo hacen algunos investigadores de las causas ambientales. En todo caso, deberá tenerse en cuenta un hecho que se deduce inequívocamente de los estudios de Goodwin en Dinamarca: ' Son muy altas

las probabilidades de que el primogénito de los alcohólicos varones sea también un alcohólico en la vida adulta - (20% contra 5% del grupo control) '. (Citado por MOLINA_ PIÑEIRO VALENTIN, p.33).

Por otra parte, hemos observado que no hay acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral.

La llamada "teoría genotrófica" tiene aún cierta influencia tal vez porque abre posibilidades terapéuticas que de hecho proporcionan buenos resultados, si bien meramente paliativos. La hipótesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontrolable cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica. Atractiva como es, esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica, ni como tratamiento del alcoholismo.

Popham, Wexburg, Lexter y Greenberg (8), han criticado mucho los descubrimientos y teorías de Williams. Es

tos dos últimos demostraron que introduciendo un tercer líquido optativo (solución sacarosa) bajo las mismas condiciones experimentales, las ratas elegían la sacarosa y no el alcohol. Así mismo, las ratas tienden a espaciar las ingestas alcohólicas y a evitar por tanto la intoxicación. En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos, se explican mejor como consecuencias y no como causas de la enfermedad.

Considerando algunos hechos de observación clínica se llegó a pensar, y más tarde a comprobar, que la ingestión continuada de alcohol estimula la producción de las enzimas necesarias para metabolizarlo. Aunque a pesar de lo interesante de estos hallazgos, con frecuencia resulta difícil saber si lo que parecen respuestas metabólicas y fisiológicas específicas del alcohólico no son, en realidad, los efectos en vez de las causas de la ingestión excesiva del alcohol.

Así pues, no ha tenido confirmación clínica la hipótesis del Dr. James J. Smith (16), quien en 1949 describió el alcoholismo como una enfermedad metabólica especial, producida por un hipofuncionamiento de las corticoadrenales secundario a un déficit hipofisiario.

En años más recientes se desarrolló una hipótesis_ que ha generado fuertes controversias, según la cual en los individuos alcohólicos existe un defecto en el metabo_ lismo del acetaldeído, sustancia que constituye el primer paso de la cadena metabólica de alcohol, lo que daría por resultado la producción de ciertos compuestos en el orga_ nismo, que son precursores de los alcaloides opiáceos. - Parecería entonces que el cuerpo produce sus propias sus_ tancias adictivas, y que existirían bases fisiológicas co_ munes a todas las formas de farmacodependencia, lo que a su vez explicaría por qué los alcohólicos desarrollan to_ lerancia con frecuencia no sólo al alcohol, sino también_ a otras drogas. Sin embargo, aunque prosiguen los estu_ dios por este camino, y a pesar de que ahora se cuenta - con mejores posibilidades de investigación al haberse des_ cubierto que ciertas especies de roedores desarrollan una preferencia por el alcohol (e incluso síndromes de absti_ nencia), la verdad es que no se ha llegado a conclusiones definitivas. Podemos en consecuencia, establecer este - criterio: La naturaleza del proceso adictivo, el desarro_ llo de los cambios fisiológicos a nivel de todo el orga_ nismo y de las alteraciones del Sistema Nervioso Central_ que definen la dependencia del alcohol, son hasta ahora - asuntos no bien conocidos; más allá del obvio requerimien_ to de la ingestión intensiva y prolongada de alcohol para

que se desarrollen la adicción y la tolerancia, los determinantes mismos de estas dos condiciones son aún problemas por aclarar, y permanecen sujetos a la investigación científica.

La etiología del alcoholismo, entendida como las causas que originan el trastorno, no se define, según hemos visto, por los factores fisiológicos. Por otra parte, en cambio, el papel que estos factores juegan en la evolución del alcoholismo, es muy bien conocido en la actualidad y la fisiopatología avanza prometedoramente hacia explicaciones cada vez más seguras sobre este fenómeno.

11.3.2 Factores Psicológicos

Durante mucho tiempo se intentó explicar la ingestión anormal del alcohol aduciendo la presencia de factores psicológicos como los primeros o causales de tal patología. Los factores psicológicos como determinantes del alcoholismo han sido estudiados clásicamente con la idea central de que existe una estructura de personalidad que es la base para la adicción. Esta estructura podría ser objetivada por tipos o rasgos de personalidad que caracterizarían al alcohólico, y fue descrita principalmente por observaciones clínicas, por técnicas psicoanalíticas, por resultados de mediciones con test psicológicos y por el -

estudio retrospectivo de niños de quienes se tenía una -- descripción de la personalidad antes del inicio de la con-- dición.

Sin embargo, actualmente se observan dos fenómenos que deben ser considerados como fundamentales para que -- uno pueda estar adecuadamente ubicado en cómo los facto-- res psicológicos influyen en el abuso de alcohol y el -- alcoholismo :

1) Paulatinamente se está dejando de usar el térmi-- no "alcoholismo" que tradicionalmente se refirió a aquel grupo minoritario de personas que habían desarrollado una adicción psíquica y física al alcohol, pero que dejaba -- afuera a un numeroso grupos de personas que, sin haber de-- sarrollado adicción, sí abusaban del alcohol.

2) Hay que dejar bien asentado que actualmente está totalmente superado el modelo psicodinámico, utilizado -- tradicionalmente por el psicoanálisis. Dicho modelo, re-- duccionista y unitario, daba al alcoholismo la categoría -- de síntoma, el cual era el substratum de una detención en el desarrollo de la personalidad como consecuencia de per-- turbaciones y carencias emocionales tempranas. Dicho mo-- delo suponía que la conducta adictiva desaparecía una vez que, a través de la terapia psicoanalítica, se logra--

ra una maduración de la personalidad o la resolución de los conflictos neuróticos. La mayor parte de los reportes psicoanalíticos en la evaluación de estos pacientes a largo plazo han referido la persistencia de la conducta adictiva a pesar del tratamiento.

Es importante enfatizar estas aseveraciones, pues actualmente y en forma universal se aceptan ambas, para un mayor entendimiento de los fenómenos generados por el abuso del alcohol.

Lo anterior no quiere decir que los factores psicológicos no tengan importancia en la génesis del abuso del alcohol y del alcoholismo. Los factores psicológicos juegan un papel importante en el desarrollo de la conducta adictiva hacia el alcohol, pero dichos factores están continuamente interactuando con otros de tipo biológico y -- sociocultural. Sólo a través de este enfoque multicasual podrán ser adecuadamente manejados los factores psicológicos para el entendimiento y manejo de estos problemas.

Facilitaría todo intento de entender el alcoholismo como un trastorno psicológico si pudiera identificarse primero una " Personalidad alcohólica " típica. Si esto fuera posible, cabría concentrarse en averiguar la estructura constitucional y las experiencias vividas que produ-

cen semejante personalidad. Desafortunadamente, la mayoría de los investigadores del alcoholismo están actualmente de acuerdo en que los alcohólicos no se dejan caracterizar por constelación alguna particular de personalidad. En efecto, la ingestión excesiva de alcohol se encuentra en gran diversidad de tipos de personalidad, presumiblemente en respuesta a una diversidad de problemas personales.

En 1959 Swerling y Rosenbaum (23), han señalado, en cambio, que pese a que se encuentra entre los alcohólicos un amplio margen de diagnóstico clínico, aquellos pueden compartir, con todo, algunas características comunes de personalidad. Este punto de vista lleva implícita la creencia de que el alcoholismo es una maniobra defensiva que puede ser utilizada por una diversidad de personas en respuesta a muchos conflictos distintos. Un examen de algunas teorías psicológicas de la etiología del alcoholismo proporciona un cuadro del carácter y la extensión de conflictos tempranos, de los que se supone que predisponen al alcoholismo.

Rado (23), en 1933 había destacado que era más bien la necesidad de utilizar un agente tóxico que los efectos directos de éste, lo que hacía a la persona adicta. Vea así poca distinción entre las adicciones a los narcóticos

y al alcohol y hablaba de cada una de ellas como de una manifestación de la misma enfermedad, esto es, la farmacotimia. Rado señalaba que las drogas poseen dos efectos importantes, a saber: alivian dolor y producen euforia. Cuán placenteros resultarán los efectos de una droga, depende de hasta qué punto se está preparado para experimentar efectos placenteros. Los adictos suelen ser individuos con necesidades intensas de placer, pese al hecho de que su adicción les cause a la larga sufrimientos considerables.

Para Rado, la persona que necesita profundamente el placer inmediato que proporcionan las drogas, responde a las frustraciones inevitables de la vida con "depresión tensa". Semejantes personas tienen una tolerancia baja para las molestias y el descontento, y para ellas, el alivio constituye una necesidad urgente. Con esta disposición para gozar del efecto de droga, el primer placer farmacológico se percibe como uno de los acontecimientos impresionantes de la vida. La exaltación obtenida del primer contacto, o al menos de un contacto temprano con la droga, ha de ser intensa para que la persona resulte víctima de la adicción. El efecto mágico de aquella devuelve a uno a un estado narcisitas temprano, en el que se pierde el interés en la realidad y hallan expresión a instintos insatisfechos.

La "mañana siguiente" se caracteriza por depresión inicial y el retorno de la realidad, pero resulta que ahora el ego es menos fuerte todavía de lo que era antes. - Además, acompaña un sentimiento de culpa al hecho de haber suspendido el interés por la realidad, y podrá darse adicionalmente más presión de fuera. Este proceso hace que el nuevo empleo de la droga resulte necesario hasta que, finalmente, el ego dedica toda su atención a un solo problema, el de la depresión, y utiliza una sola solución: las drogas.

Knight (23), en 1937, al igual que Rado, veía el alcoholismo como un síntoma en personas que tratan de resolver su conflicto emocional mediante la huida de la realidad. Aunque no aceptada el punto de vista de que hubiera rasgos comunes en las personalidades de todos los alcohólicos, Knight trató de describir las características de aquellos que bebían con exceso. Creía, en particular, en una relación temprana excesivamente indulgente entre madre e hijo. Knight sostenía que la mayor parte de las atenciones tempranas del bebé son aliviadas por la lactancia y que siguen al hecho de tomar algo en la boca sensaciones de bienestar y seguridad. La mayoría de las madres evitan la formación de una asociación fuerte, administrando los alimentos de acuerdo a un horario, reduciendo

do poco a poco la lactancia y destetando gradualmente. Knight creía que la madre del alcohólico anima a su hijo a buscar gratificación bucal y crea así en el niño un hábito muy fuerte. Cuando más adelante se efectúan intentos de destete, el niño responde con ira. Se le puede volver a pacificar con medios bucales, pero finalmente el destete se impone y el niño se siente traicionado. Su vida subsiguiente está dominada por intentos de recuperar el estado de satisfacción que experimentaba de bebé. Knight cree que los padres de los alcohólicos son personas típicamente distantes, severas y poco demostrativas, así como personajes poco aptos para la identificación, que sólo responden de mala gana por mediación de la madre. Como resultado el futuro alcohólico tiende a identificarse con la madre en formas que crean obstáculos a una adaptación normal más adelante en la vida.

Knight creía que, al crecer, el alcohólico en potencia desarrolla una personalidad atractiva, que conquista de otros la atención que necesita. Sin embargo, la vida es inevitablemente frustradora para él, y el enojo consecuente lo experimenta con resentimiento interno y agitación molesta. Tanto de niños como de adolescentes, los prealcohólicos van de un apuro a otro. Finalmente, empiezan a beber como reacción a una necesidad frustrada de

afecto y porque se considera además como una actividad masculina. Así pues, el beber satisface la necesidad básica de obtener seguridad mediante satisfacción bucal y alivia dudas acerca de la masculinidad, creadas inevitablemente por problemas tempranos del alcohólico y la identificación con su padre.

Después en 1983 Meninger (23), destacó el efecto autodestructor del alcoholismo. Veía el beber excesivo como una forma de autocuración que intentaba para aliviar el dolor de enfrentar la realidad. Identificaba factores que consideraba como predisponentes de esta clase de personalidad y describió muchas características adultas del alcohólico y sus padres.

Meninger creía que el alcohólico adulto no puede expresar su enojo directamente, tanto porque esto acarrearía la pérdida amenazada del objeto querido como porque constituiría una causa de enojo debido a la intensidad de su propia hostilidad. Superficialmente, al buscar popularidad, el alcohólico podrá producir una impresión de seguridad y encanto. Ni el alcohólico ni sus progenitores son muy sensibles a sus debilidades. Si se consigue popularidad superficial, se considera que todo está bien. -- Los fracasos provenientes de la bebida, a menudo después

de la consecución de un éxito considerable, se presentan como una sorpresa total. Por esta razón el alcohólico no está dispuesto a buscar ayuda. Cuando finalmente lo hace, esto se debe a presiones externas de una diversidad de orígenes. Debido a que el alcohólico se encuentra fundamentalmente desamparado y porque el tratamiento amenaza despojarlo de su única forma de alivio de sufrimientos intolerables, sus esfuerzos por conseguir ayuda son a menudo insinceros. Tanto el alcohólico como sus progenitores eluden averiguar las causas reales del trastorno. Muchos ostentan un "optimismo patológico", aún después de procedimientos de tratamiento muy superficiales, de que el problema desaparecerá sencillamente y todo estará bien. Menninger creía que la amenaza de enfrentarse al origen de su dolor psíquico es para el alcohólico más terrorífico que la "huida suicida" inherente a la adicción.

Las formulaciones de Schilder en 1941 (23), acerca del alcoholismo, aunque únicas en algunos aspectos, se parecen fundamentalmente, con todo, a las de Menninger. -- Schulder empezó su análisis examinando los efectos de la embriaguez. Observó los efectos profundamente deprimentes de la bebida sobre funciones cognoscitivas complejas, tales como el juicio, pero centró especialmente su atención en los cambios de estado de ánimo producidos por la

embriaguez. Consideró que ésta era el elemento más significativo y caracterizaba dichos cambios como paso de la euforia y la confianza en sí mismo a un sentimiento de importancia y amor de uno mismo a medida que la embriaguez se hace más profunda. Cuando una persona puede quererse a sí misma se siente querida por los demás, y en los impulsos anteriormente reprimidos, incluso los sexuales, son liberados.

Dados estos supuestos acerca de los efectos significativos de la embriaguez, Schilder pensaba que la persona que tiene un pobre concepto de sí misma, que se considera indigna de afecto, puede ser particularmente conducida a beber con exceso. La persona segura de sí misma puede gozar bebiendo hasta cierto punto, pero no experimenta una necesidad real de bebida. La persona deprimida, en cambio, que ha de luchar constantemente contra sus impulsos y tiene necesidades sexuales profundamente reprimidas, encuentra en la bebida una liberación apetecida.

Más tarde, en 1946, Bergler (23) considera el beber del alcohólico como una forma de autodestrucción. Sin embargo, a diferencia de Menninger cree que esta forma de autoperjuicio constituye más bien un intento de destruir una mala madre con quien el alcohólico se identificó, que el mero escape de un sufrimiento insoportable. Bergler -

cree que la vida adulta del alcohólico se caracterizaba por una "negativa" a vivir de acuerdo con una diversidad de responsabilidades. Los alcohólicos por ejemplo, se niegan a proporcionar estabilidad y seguridad a sus esposas o hijos, y su matrimonio es inevitablemente desdichado. El alcohólico se busca a menudo una esposa regañona y, si no lo es natural o suficientemente, la provoca a ser maliciosa. Cabe suponer que esto vuelve a crear su experiencia anterior con una mala madre, con quien el alcohólico se identificó a pesar de su odio por ella. La identificación materna engendra un apoyo considerable de sí mismo y conduce al ciclo de beber, característico del alcohólico: jocoso-moroso-belicoso-comatoso, es decir, - -- puesto que el beber constituye para el alcohólico un esfuerzo por envenenar a la mala madre, siéntese inicialmente jocoso por el hecho de obtener alguna venganza. Pero este sentimiento no tarda en desaparecer, y en su lugar produce un retorno a la depresión y al mal humor, que fueron los que indujeron inicialmente a beber. El mal humor estimula la lucha desesperada que lo conduce a la belicosidad, manifestada por espíritu destructor, carácter pendenciero y actuación sexual. Finalmente, se produce sueño, seguido de una modorra cargada de culpa.

Las descripciones de alcohólicos y de sus proble--

mas presentados hasta aquí, concuerdan en algunas características, pero no en otras. Virtualmente, todas ellas -- consideran la bebida excesiva como un intento de escapar de una situación dolorosa de la vida. Algunas destacan la negación de la realidad como motivación primera, en tanto que otras subrayan la autodestrucción. Sin embargo, todas, con la excepción posible de Bergler, concuerdan en que la motivación primera del alcohólico está en la evitación de un dolor insoportable. Rado alude a una tolerancia constitucionalmente baja para la tensión, lo que da lugar a recurrir a una sustancia que facilite el escape psicológico. Otros subrayan las tendencias depresivas del alcohólico y el dolor de ellas resultante.

Algunos autores se refieren al trastorno del desarrollo en la etapa bucal. Sin embargo, las formulaciones concretas relativas al carácter preciso de los problemas bucales varían. Es obvio que las formulaciones acerca de un desarrollo bucal deficiente son, puesto que se basan en una visión retrospectiva de acontecimientos que precedieron al desarrollo de los síntomas en varios años, sumamente especulativas. En cambio, la huida con respecto a una realidad dolorosa de la vida y la lucha contra tendencias depresivas se dejan observar actualmente y por consiguiente no es de sorprender que exista un acuerdo más

yor en la relación con estos rasgos.

Los estudios con animales relacionados con efectos del alcohol sobre trauma emocional, apoyan el punto de vista según el cual el alcohol alivia la ansiedad. En un estudio clásico, Masserman, Yum, Nicholson y Lee en 1944 (23), crearon una "neurosis experimental" en gatos, administrándoles un chorro de aire o una descarga moderada en el momento en que empezaban a comer. El golpe de aire -- producía manifestaciones somáticas de ansiedad e inhibía la comida. Esta conducta "neurótica" desaparecía después que se había dado a los gatos suficiente alcohol para producir embriaguez. La "neurosis" volvía al desaparecer los efectos del alcohol. Antes de la inducción del conflicto la mayoría de los gatos preferían leche pura a leche "condimentada" con alcohol, pero después de la exposición preferían el cocktail de alcohol y leche. Una vez que la neurosis se curaba los gatos volvían a su preferencia inicial por la leche pura.

El estudio de Masserman y colaboradores ponía a -- los gatos frente a un conflicto de atracción y repulsión que obstaculizaba una respuesta instrumental. Conger (23), trató de establecer si el alcohol resolvía o no el conflicto, aumentando el gradiente de atracción (haciendo el objeto más deseable), es decir, el alimento, o reduciendo

el gradiente de rechazo (reduciendo la ansiedad asociada al objeto de la atracción). Su estudio demostró que el alcohol reducía el elemento nocivo en el conflicto. Este resultado llevó a Conger a suponer que el alcohol actúa como reforzador potente del miedo en los individuos humanos haciendo posible en cierta forma que los impulsos inhibidos por el miedo resulten satisfechos. Explicó los efectos variables del alcohol sobre individuos distintos en términos del hecho de que el miedo inhibe respuestas distintas en personas distintas (o inclusive en la misma persona en momentos distintos). Así pues, la reducción del miedo puede traducirse en una aparición de muchas clases distintas de conducta.

Dollar y Miller (23), comparten el punto de vista de Conger de que el alcohol reduce la fuerza del miedo y expusieron el punto de vista de que los síntomas alcohólicos se aprenden con principios de refuerzo. En efecto, las consecuencias de la ingestión de alcohol se consideran como particularmente reforzantes porque son inmediatas. Puesto que el alcoholismo representa pronto alivio de muchas clases de ansiedad, la persona puede formar un hábito poderoso de beber con relativa facilidad si existe ansiedad considerable para defenderse contra ella. Dollar y Miller observan que un inconveniente grave de reducir -

la ansiedad con alcohol está en el hecho de que reduce -- miedos tanto beneficiosos como nocivos. Así pues, el alcohol podrá reducir la acción de la actividad social de un cocktail, pero al precio de convertir luego en peligroso el retorno en automóvil al hogar.

Otro apoyo del punto de vista de que el efecto reductor de la ansiedad constituye un factor principal en el alcoholismo se encuentra en el estudio del sujeto en diversos medios culturales. Horton (23), encontró una correlación significativa en grupos culturales distintos, entre el grado de embriaguez reportado y los peligros de subsistencia que habían de relacionarse con la cantidad de ansiedad experimentada. Bales (23), estudió cierto número de medios culturales con proporciones varias de beber compulsivo. Concluyó que una causa importante está en el grado en que la estructura cultural crea relaciones importantes e internas en sus miembros. Observó también que las actitudes culturales hacia la bebida y el grado en que el medio cultural proporciona alternativas de reducción de tensión a la bebida afecta también los grados de alcoholismo. Bales sostenía, que los grados de alcoholismo eran más altos en medios culturales que producían tensión considerable, en los que la actitud hacia la bebida era tolerada y en donde se disponía de pocos medios al

ternativos de reducción de tensión. Las culturas que provocaban mucha tensión, pero insistían en una abstinencia total de alcohol y proporcionaban otros medios de suspensión de la tensión, habían de tener grados de alcoholismo bajos.

McCord, McCord y Gudman (23), trataron de evaluar algunas de las teorías precedentes del alcoholismo en un estudio intenso de 29 alcohólicos. Todos ellos habían formado parte de un proyecto que proporcionó extensos datos fisiológicos acerca de su medio hogareño con anterioridad a la adolescencia. Desafortunadamente, la muestra era pequeña, especialmente porque el análisis hacía necesario dividir el grupo en varios subgrupos. En consecuencia, aunque sugestivos, los resultados no pueden considerarse como definitivos. McCord y McCord y colaboradores no encontraron apoyo alguno en favor de las teorías etiológicas que relacionaban el alcoholismo con deficiencias de alimentación, factores hereditarios, tendencias autodestructoras, oralidad, mimos maternos, restricción de actividades en el niño o actitudes maternas frente a la bebida, - encontraron con todo, que los antecedentes étnicos se relacionaban con el alcoholismo. En efecto, fueron alcohólicos en su muestra un número significativamente mayor de estadounidenses, europeos orientales y occidentales e irlandeses que el número de italianos y otros grupos lati-

nos de indios de las Antillas Británicas. Encontró también que un porcentaje más alto de alcohólicos provenía de hogares caracterizados por conflicto manifiesto entre los progenitores acerca del uso de alcohol, que de hogares en los que no se daba conflicto de esta clase o era un caso mínimo. Un porcentaje más alto de alcohólicos provenía de hogares en los que ambos progenitores eran alcohólicos, que de aquellos en los que los progenitores eran o bien bebedores moderados o completamente abstemios. Finalmente había más alcohólicos de la clase media que de las clases inferiores. No había en el estudio sujeto alguno de las clases superiores.

Sobre las bases de los datos señalando los efectos reductores de ansiedad del alcohol, Ullman (23), expuso el punto de vista de que el alcoholismo es el síntoma de una necesidad de reducir la tensión proveniente de los problemas corrientes de la vida. Ullman consideraba importante saber por qué una personalidad determinada estaba predispuesta a experimentar tensión considerable frente a las exigencias corrientes de la vida como base para tratar eficazmente el alcoholismo. Creía que los mejores métodos son los que se ocunan de las formas alternativas de reducción de tensión.

Apoyan el punto de vista de Ullman una observa -

ción y un número de datos considerables. Que el alcohol es reductor de tensión lo han notado extensamente los teóricos y los clínicos, y esta generalización está bien apoyada por la investigación empírica.

Tal vez el enfoque más fecundo para la comprensión del alcoholismo es el que lo considera como una forma de autoterapia para una tensión insoportable. Psicológicamente se trata de una persona que busca sustraerse de los aspectos rudos de la vida evitándolos. Muchas descripciones clínicas del alcohólico en estado sobrio destacan su negativa, su optimismo fantasioso y su incapacidad para enfrentarse a los conflictos psicológicos que lo asaltan. No sólo carece el alcohólico de intuición, atributo que comparte con otras clases de pacientes, sino que por regla general, es también tan fragmentario y vago acerca de sus experiencias y sentimientos, que al terapeuta le resulta difícil desarrollar una comprensión rica de sus problemas. La negativa y vaguedad del alcohólico son mecanismos para hacer borrosa la realidad y traducir así su carácter doloroso. Cuando semejantes defensas fallan, se utiliza el alcohol para aumentarlas porque éste reduce a la vez la ansiedad y desorganiza la función cognoscitiva.

Dentro todavía de nuestra somera consideración de

los factores psicológicos, recordemos las explicaciones - que se dan desde el enfoque conductista. La premisa de - la que se parte es que el sujeto alcohólico aprende a beber, bebe excesivamente y permanece en el alcoholismo por que el alcohol sirve a un propósito útil; en otras pala- bras, su conducta de bebedor lo recompensa y se refuerza_ continuamente. El premio puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol, la supresión del stress o la posibilidad de evidencial experiencias distintas y agradables. Se ha dicho también - que la conducta aprendida del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelo - de comportamiento del adulto y que los efectos reforzados son variables en cada caso: la aprobación del grupo , la facilitación de la interacción social, la relajación - ante penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse_ independientes y seguros de sí mismos.

Se comprende que dentro de este marco teórico se - ve a la ingestión de alcohol como un comportamiento aprendido.

Tenemos que concluir que las hipótesis de los teó- ricos del aprendizaje, basados en la idea simple de un reforzamiento de la conducta como causa directa del alcoh- olismo, carecen de una base científica, tesis que son en

realidad variaciones sobre un mismo tema desarrollado primero en animales de laboratorio: que la ingestión de alcohol es una conducta aprendida para reducir la ansiedad condicionada. Franks (16), ha ofrecido un estudio histórico detallado de este enfoque del alcoholismo, en el que concluye que los resultados obtenidos en las investigaciones son desalentadores y de difícil interpretación.

Como cabía esperar, ocurre lo mismo cuando se trata de otras drogas capaces de producir dependencia. Repetidas investigaciones se han llevado a cabo tratando de encontrar una relación entre los tipos de personalidad y los patrones de consumo excesivo de fármacos, pero los resultados señalan, que no existe tal correspondencia. Algunas de las investigaciones se originan en teorías psicológicas no comprobadas, otras dan por sabido, incorrectamente, que los farmacodependientes constituyen grupos homogéneos; finalmente, algunos de los estudios no utilizan técnicas adecuadas para la discriminación tipológica de los sujetos.

En 1974, Skinner y colaboradores (16), encontraron que en un alto número de alcohólicos pudieron establecer dieciséis grupos diferentes con base a ocho datos útiles para la clasificación caracteriológica.

La conclusión a la que evidentemente hay que llegar es la adelantada líneas antes: existen muchos tipos diferentes de individuos alcohólicos, cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, lo mismo que su iniciación en el consumo excesivo del alcohol y sus necesidades de tratamiento.

II.3.3 Factores Socioculturales

¿ Por qué el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto que es más bien raro o excepcional en otros ? Si tuviéramos una respuesta segura a esta pregunta, encontraríamos la explicación etiopatogénica del consumo excesivo de alcohol; por desgracia no es así, a pesar de que uno de los caminos más prometedores en lo que toca a la búsqueda de las causas del fenómeno que nos ocupa es precisamente, el del estudio de los factores sociogenéticos precipitantes y coadyuvantes.

A continuación se expondrán algunas de las ideas más importantes sugeridas en el intento por explicar las variaciones en el consumo de alcohol. Con el objeto de presentar la información de manera sistemática y ordenada hemos optado por agrupar los distintos temas a tratar en

tres apartados fundamentales, que pretenden presentar una visión general de los aspectos sociológicos del consumo de alcohol:

1.- El papel social del alcohol.

De manera general, puede decirse que los reportes sobre el tema de consumo de alcohol comienza con una alusión al carácter milenario del vínculo entre el alcohol y el hombre, lo que indicaría que el fenómeno de su consumo no es en sí novedoso. Sin embargo, ante la posibilidad de que cada afirmación adquiriera connotaciones y usos que tiendan a "naturalizar" dicho vínculo, cabe tener presente que la presencia del alcohol no se verifica universalmente para el conjunto conocido de las sociedades; es decir, las hay con tradiciones del consumo de alcohol y las hay también que no sustentan esta condición, o cuyo descubrimiento fue históricamente más reciente y a través del contacto con otros pueblos.

Lo que sí parece más generalizable es el hecho de que todas las sociedades han dispuesto de alguna sustancia con propiedades psicotrópicas de las cuales el alcohol es la más extendida, y que su consumo no puede reducirse al plano fisiológico o psicológico de la relación -

hombre-droga, sino que necesita explicarse en función del papel que cada sociedad le ha adscrito a "su" droga, al regular y delimitar su utilización como canalizadores de tensiones personales y vehículo de diversas formas de interacción social. Así, puede decirse que la sociedad condiciona el uso de drogas, creando la tensión y tolerando su consumo para aliviarla.

En tanto hecho cultural, el consumo de alcohol tiene sus raíces en las condiciones ambientales, y más precisamente, en la disponibilidad de materia prima de la cual es posible extraer alcohol, en los recursos tecnológicos con los que se cuenta para el procesamiento y la obtención del producto, y en una estructura de significado que mediatice ese consumo y a la cual correspondan los valores de normalidad que estipulan los márgenes de tolerancia del uso de la droga, en este caso del alcohol, y los criterios de transgresión con base en los valores e intereses que su consumo amenace.

Interesa recalcar que el consumo de alcohol lejos de ser una constante de diversos tipos de sociedades, los estudios realizados mencionan una transición del consumo moderado al consumo problemático. De manera muy esquemática, puede considerarse que en una primera etapa los há-

bitos tradicionales de consumo, enmarcados en los patrones culturales que logran un control social relativamente consistente, mantenían el uso de alcohol en niveles bajos, poco significativos. A su vez, el consumo problemático es atribuido al desarrollo de la industrialización y del comercio internacional que entre otros factores tuvieron el de debilitar las restricciones implantadas por las costumbres tradicionales.

En diversos estudios sobre el consumo problemático de bebidas alcohólicas se señalan algunos aspectos característicos del cambio en el consumo de alcohol; entre los que se cuentan los siguientes:

- Una mayor disponibilidad de alcohol, debida al reemplazo de los métodos tradicionales de fermentación y destilación por procedimientos tecnológicos de producción industrial.

- Una mayor accesibilidad, producto de la disminución del costo real de las bebidas alcohólicas y del debilitamiento de las restricciones.

- Un cambio en los hábitos de consumo, que se manifiesta en dos sentidos: como convergencia a escala mundial en los tipos y cantidades de bebidas alcohólicas dis-

ponibles y en las preferencias de ciertas bebidas, que hace que en los países en desarrollo, los licores de marcas comerciales importadas se sumen a los de consumo tradicional; por otra parte, como diversificación del consumo, al interior de cada sociedad, en término de ingestión en situaciones nuevas y más variadas, en términos de cantidad y frecuencia con la que se bebe y en la incorporación de sectores de la población tradicionalmente no consumidores (jóvenes, mujeres, etcétera).

El consumo de alcohol, lejos de ser un fenómeno natural es un hecho sociocultural que reviste características propias en cada sociedad, dependiendo de la función que desempeña en cada una de ellas.

2.- Criterios de causalidad social.

Hablar de las causas sociales que influyen en la génesis y desarrollo del alcoholismo resulta sumamente complejo puesto que no existe una relación causal única, y dado que no puede decirse que sólo los factores sociales influyan en esa problemática, debemos señalar la existencia de numerosos aspectos de diversa índole que deben ser tomados en consideración para realizar un análisis serio del tema que aquí nos ocupa.

A continuación resumimos algunos de los factores de orden social y cultural que han sido mencionados por diversos autores, en relación con el consumo excesivo de alcohol:

a) Aspectos relacionados con la familia: diversos autores han señalado a la familia como elemento primordial entre los factores sociales y culturales que intervienen en el desarrollo del alcoholismo. Los factores empleados en su estudio difieren considerablemente y se relacionan con distintos aspectos que van desde la presencia de un alcohólico entre los miembros del grupo, hasta factores vinculados con la situación de pobreza y hacinamiento.

Quando se habla del alcoholismo como problema de la familia, en muchas ocasiones se hace referencia al hecho de que este fenómeno se encuentra presente entre los descendientes o ascendientes de un alcohólico lo que llevó a pensar en la posibilidad de un elemento hereditario de predisposición. Sin embargo, y sin descartar del todo la posibilidad, investigaciones más recientes han llevado a pensar que no se trata de una herencia genética como tal, sino de la influencia del medio ambiente familiar deteriorado, y de la actitud del padre y de la madre del sujeto, quienes desempeñan un papel primordial, al ser la -

familia el primer elemento con el que el individuo debe enfrentarse, del que toma los primeros del aprendizaje, - los valores, normas, costumbres, tradiciones y en general, todos los elementos del llamado proceso de socialización; los miembros de este núcleo desempeñan una función primordial.

Todas las experiencias individuales, provengan de la familia o del exterior, constituyen pues, el proceso experimental del desarrollo de la personalidad; si las experiencias son negativas, la posibilidad de desarrollar - desórdenes en la conducta será mayor.

En general, los estudios que consideran a la familia como punto importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo se centran en los componentes de la formación de la personalidad; en la importancia que adquiere la actitud y conducta de los padres hacia la bebida; en experiencias negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento y otras) que contribuyen a crear desorientación e insatisfacción y la búsqueda de satisfactores como el alcohol. De ahí que frecuentemente se mencione que el alcoholismo es menor en los grupos sociales donde:

Los padres son ejemplo de consumidores moderados; - los niños ingieren bebidas alcohólicas desde peque-

ños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en pequeñas dosis y generalmente con los alimentos; no se atribuye al alcohol ningún valor subjetivo; la abstinencia es una actitud socialmente aceptable. (Velazco, Rafael, p.).

b) Aspectos relacionados con la organización social: muchos son los elementos que han sido analizados desde esta perspectiva en relación al consumo de alcohol. Aspectos místico-religiosos, procesos de brusca aculturación y de consecuente pérdida de identidad cultural, imaginación y pobreza, normas y valores culturales en torno a la bebida, respuestas a las frustraciones, etcétera. Sin embargo, ninguno ha sido suficiente para explicar las variaciones del consumo y la gran mayoría de los casos deben ser analizados a la luz de otra perspectiva.

Los estudios más recientes y las hipótesis más acertadas sugieren que el alcoholismo puede ser considerado como un comportamiento alternativo, que responde a la frustración permanente producida por el estado constante de desorganización social. Así, los rápidos cambios, la creciente industrialización, el individualismo exaltado junto a la interdependencia funcional, la competencia intensa, etcétera, constituyen elementos que producen tensión en el individuo, misma que puede reducirse mediante

la ingestión de alcohol.

Se ha dicho también que en función del estatus, -- existe una serie de tareas que un sujeto debe desarrollar y llevar a cabo; cuando éstas entran en contradicción con la personalidad del individuo, con sus principios morales y con sus experiencias, se produce un estado de frustración y/o ansiedad que puede conducir a la búsqueda de satisfactores; en este contexto, el consumo de bebidas alcohólicas puede producirle la sensación de un cambio sustancial de su situación.

Aunque ninguna de estas hipótesis provee la explicación última de las variaciones en el consumo de alcohol, todas ellas son útiles para entenderlo. Cada sociedad - atribuye al alcohol propiedades específicas, normas para su consumo, y todo esto hace que difieran los patrones de consumo; por lo tanto, conviene tener presente estos factores en el intento por comprender la problemática del alcoholismo en comunidades específicas con características particulares.

c) Aspectos relacionados con la disponibilidad de bebidas alcohólicas: En los últimos años han sido elaborados algunos trabajos que pretenden mostrar cómo la disponibilidad y la publicidad de las bebidas alcohólicas han

tenido serias repercusiones en el incremento del consumo y los índices de alcoholismo.

El aumento del número de expendios de estas sustancias ha sido considerado como un elemento que contribuye a la aparición de este desorden de la conducta.

Algunos investigadores han intentado atribuir a la propaganda el carácter de "variable causal" del alcoholismo, pero en trabajos recientes se señala que este elemento no parece tener influencia en el consumo de alcohol aunque puede decirse que la propaganda desempeña un papel -- de "reforzador" de la conducta y modifica patrones de consumo, y al mismo tiempo que contribuye a crear una idea errónea de la realidad y de los atributos de esta sustancia, así, en numerosos anuncios ciertas marcas de bebidas alcohólicas se asocian al prestigio, al compañerismo, la buena salud, el éxito y la felicidad en general, y pretenden hacer creer a los consumidores que es posible alcanzar un mayor bienestar a través de bebidas específicas.

d) Otros aspectos socioculturales: En el intento por explicar las variaciones de la ingestión entre distintos grupos sociales, se han analizado los diferenciales de acuerdo al sexo, la edad, el estado civil, la condición étnica, la religión, los ingresos, el nivel educati-

vo, etcétera. Sin embargo, las diferencias encontradas - no son suficientes para inferir respuestas apropiadas en cuanto a las variaciones en el consumo.

3.- Repercusiones sociales del alcoholismo.

Mucho puede decirse respecto a los aspectos negativos del consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Las -- consecuencias de la ingestión inmoderada abarcan una am-- plia gama de problemas que van desde lo meramente indivi-- dual hasta lo social.

Por lo que respecta al individuo, deben citarse aspectos tales como los períodos de deterioro de autodomi-- nio, complicaciones ffsicas, deterioro de la capacidad de trabajo, pérdida de la autoestima, etcétera.

La familia del bebedor también sufre consecuencias negativas tales como la desintegración, el mal trato al - cónyuge y a los hijos, pobreza, abandono, deserción, escolar, etcétera.

Los efectos que son más fácilmente apreciables son los que se relacionan con la vida de la comunidad: violéncia, daños a la propiedad, accidentes, ausentismo labo- - ral, pérdidas en la producción, etcétera.

Así, prácticamente no existe esfera de la vida social que no se vea afectada por la ingestión immoderada de bebidas alcohólicas. Lo que importa destacar son las consecuencias negativas que son palpables en todos los ámbitos de la vida del individuo.

Por lo que se puede concluir, los factores que influyen en la ingesta de alcohol:

En el estudio sobre la etiología del alcohol han surgido una diversidad de teorías tanto Biológicas como Psicológicas y sociales. En las que cada especialista lo ha enfocado desde su perspectiva doctrinaria y, en cuanto a las definiciones basadas en la etiología, han dado énfasis a algunos aspectos que parecen relevantes, en función de las características de su profesión específica. Dándonos así un mayor conocimiento y comprensión sobre esta enfermedad que a diferencia de otros padecimientos, se encuentra todavía en una etapa preliminar de análisis, en la que no se ha logrado su comprensión total, de tal manera, que aún en la actualidad, se carece de un acuerdo general sobre una definición inobjetable. Mas sin embargo, todas estas teorías nos dejan ver que para la comprensión total de este padecimiento es fundamental la interacción de los factores antes mencionados: Los Biológicos, Psicológicos y Sociales.

II.4 MANEJO PSICOTERAPEUTICO DEL PACIENTE ALCOHOLICO

II.4.1 Objetivos de la psicoterapia en el alcohólico.

El enfermo alcohólico es un paciente extraordinariamente difícil para un manejo psicoterapéutico. El terapeuta frecuentemente se siente frustrado en el tratamiento de estos enfermos, pues comprometen sus necesidades de prestigio y de autoafirmación, angustiándolo y deprimiéndolo, por lo que es común que muchos psiquiatras rechazan el tratamiento de los alcohólicos.

Por tanto, el primer paso importante en el manejo psicoterapéutico del alcohólico es la adecuada preparación de aquél que se hará cargo de su tratamiento. Muchos médicos, inclusive psiquiatras, tienen la idea de que es relativamente sencillo manejar un caso de alcoholismo. Esto dista mucho de la realidad, pues para manejar adecuadamente en psicoterapia a un alcohólico se necesita un profundo conocimiento de la enfermedad en todos sus aspectos, tener simpatía por el paciente y convicción de que podrá ser ayudado. Mucha paciencia, pues los cambios ocurren muy lentamente y, en ocasiones, son frecuentes las recaídas; y finalmente, mucha firmeza y objetividad para no ser víctima de las tendencias seductoras y manipuladores que caracterizan al alcohólico.

Existen dos grandes objetivos en la psicoterapia para los alcohólicos: el primero, la abstinencia, y el segundo, la promoción de la madurez a través de la superación de aquellas áreas más alteradas de su constelación psicodinámica.

La motivación hacia la abstinencia será el objeto primordial en la psicoterapia del alcohólico, pues el segundo objetivo en términos generales, no se alcanzará si el paciente no mantiene su abstinencia. El primer paso para el logro de la abstinencia será informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad. Una vez dado este paso, se tiene que promover la aceptación de la enfermedad, trabajando principalmente en los mecanismos de defensa del paciente, principalmente la negación, la racionalización, la proyección y la formación reactiva. Las técnicas de grupo son particularmente efectivas para lograr el derrumbe de estos mecanismos defensivos. Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin que recurra al alcohol. Será muy conveniente ayudar al paciente a la creación de un "plan de emergencia" en caso de que reaparezca la obsesión de volver a beber. Este plan de emergencia puede consistir en llamar telefónicamente a un compañero de grupo, etc., todo con el objeto de que el pa

ciente sea reconfortado en el momento crítico y que pueda continuar en la abstinencia. Finalmente, se orientará la terapia para que aprenda nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar de la vida sin alcohol.

Aproximadamente las primeras doce semanas de tratamiento se dedicarán a motivar al paciente en su abstinencia. Una vez logrado este objetivo, se trabajará en aquellas áreas más perturbadas de la constelación psicodinámica, desarrollando determinadas metas específicas de acuerdo a cada caso en particular.

Estas metas específicas generalmente son: reconocimiento e identificación de sentimientos, reconocimiento e identificación de patrones de conducta, adquisición de responsabilidades para la resolución de ciertos problemas existenciales, el manejo de la culpa, de los sentimientos hostiles y agresivos, la autoafirmación, la autoestima, el manejo de temores inespecíficos, la ansiedad y la depresión.

La duración del tratamiento depende del tiempo transcurrido para el logro de las metas planteadas.

II.4.2 Psicoterapia de grupo.

De acuerdo con las diferentes experiencias, según

Rafael Velazco Fernández, se ha llegado a la conclusión de que el tipo de terapia ideal para el tratamiento del alcoholico es la terapia de grupo. Podemos distinguir fundamentalmente dos tipos de grupo: los grupos dirigidos, que generalmente tienen a un profesional como líder o coordinador, y los grupos de autoayuda, representados típicamente por "Alcoholicos Anónimos" que son grupos abiertos y sin un líder aparente, que no cuentan con la dirección de ningún profesional.

Ambos tipos de grupo tienen sus ventajas y desventajas:

- El grupo abierto tiene la ventaja de ser permanente y que permite la admisión de un número relativamente grande de pacientes. Los miembros pueden vivenciar la tendencia a las recaídas de algunos de sus compañeros y obtener provecho de esta situación; por otro lado el ingreso de nuevos miembros suele promover problemáticas no tratadas antes. Tiene la desventaja de que el avance de la terapia es más lento, pues los nuevos elementos retrasan, por lo general, el avance de los miembros más antiguos.

- El grupo cerrado tiene la ventaja de que se pueden precisar objetivos muy concretos para ser alcanzados por el grupo y una vez que se logra la integración y la

cohesión del mismo, se avanza muy rápidamente, obteniéndose los objetivos en tiempo mucho menor que en el grupo -- abierto. Sin embargo, la inconsistencia del alcohólico -- y lo recurrente de la enfermedad da lugar a que sea muy -- difícil mantener un grupo mínimo de 7 personas durante mucho tiempo y con frecuencia se termina el grupo porque sólo sobreviven uno o dos miembros después de algunos meses de iniciada la terapia. Los grupos cerrados que funcionan muy bien son los de pacientes hospitalizados por lapsos breves que oscilan entre tres y ocho semanas. Como -- la hospitalización garantiza la permanencia del paciente -- en el grupo, se pueden programar sesiones diarias durante el tiempo que esté internado el paciente. El objetivo en este tipo de grupos cerrados intrahospitalarios es el de motivación para la abstinencia.

Una vez concluida esta etapa, se deberá motivar al paciente a iniciar una psicoterapia, dentro de un grupo -- abierto cuyas metas básicas sean el reforzamiento de su -- motivación para la abstinencia y, fundamentalmente, la -- superación de sus conflictos neuróticos.

La psicoterapia de grupo dirigida en alcohólicos -- puede llevarse simultáneamente con otras técnicas como -- grupos de Alcohólicos Anónimos, el psicodrama o la psicoterapia individual.

La psicoterapia de grupo dirigida es, fundamentalmente, una psicoterapia de tipo reeducativo, donde se manejan tanto elementos conscientes como inconscientes.

II.4.3 Otras estrategias Psicoterapéuticas.

Psicoterapia individual:

La psicoterapia individual no está aconsejada para el tratamiento inicial de los alcohólicos. La experiencia, hasta el momento, ha sido negativa por los malos resultados obtenidos. Lo aconsejable es sugerir al paciente incorporarse a una psicoterapia de grupo de Alcohólicos Anónimos.

Una vez que el paciente se haya autoafirmado en la abstinencia, la psicoterapia individual puede funcionar como un excelente auxiliar para la terapia de grupo.

La mayor parte de los alcohólicos que se reabilitan, desarrollan la necesidad de someterse a una psicoterapia individual. Esto ocurre casi siempre después de unos meses de abstinencia. Por otro lado, los alcohólicos reactivos o secundarios con problemas de neurosis o trastornos de personalidad pueden recibir grandes beneficios con una psicoterapia individual asociada a su tratamiento de grupo.

En los casos de trastornos crónicos del carácter - puede funcionar inclusive una psicoterapia analíticamente orientada, pero en términos generales, funciona una psicoterapia a corto plazo con fines reeducativos y con metas bien definidas.

Psicodrama:

Diversos estudios demuestran que el psicodrama en alcohólicos es particularmente útil por la tendencia tan grande que tiene este tipo de enfermos a reprimir sus conflictos y enmascarar sus sentimientos. Es importante la adecuada selección de los pacientes ya que existen algunas contraindicaciones como podría ser el caso de depresiones severas o psicosis.

El psicodrama es una técnica muy efectiva en la primera etapa del tratamiento psicoterapéutico del alcohólico, cuando el objetivo fundamental es romper defensas para provocar una aceptación de la enfermedad. Puede aplicarse simultáneamente con otras estrategias psicoterapéuticas.

Cine-Debate Terapéutico:

La aplicación de los medios audiovisuales ha enriquecido el arsenal del psicoterapeuta, ya que generalmente

se logra obtener mucho material psicodinámico que se puede utilizar en otro tipo de terapias. El cine debate terapéutico es particularmente útil en los hospitales o centros de rehabilitación donde el paciente aún está muy resistente a otro tipo de terapias más formales: a través del cine puede empezar a ceder sus defensas.

El modelo Conductista:

Las terapias conductistas se han mostrado siempre muy escépticas en relación al tratamiento de los alcohólicos, pues la mayoría de los investigadores en esta área han llegado a la conclusión de que "el problema del alcoholismo es uno de los más intratables y difíciles de todos los problemas del comportamiento" (cita de patología).

Las técnicas más utilizadas han sido el condicionamiento clásico aversivo (con drogas, con choques y con parálisis), el condicionamiento instrumental de evitación con choque, la técnica de imaginación aversiva, técnicas de relajación-aversión y terapias de amplio espectro, encontrándose que los logros son inconsistentes a la larga, por lo que el modelo conductista sólo está indicado en aquellos casos malignos resistentes a otro tipo de terapia .

Psicoterapia familiar:

La psicoterapia familiar está indicada en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas en donde se ha formado un "sistema familiar patológico" que está siendo determinante en la progresión de la enfermedad.

Los grupos de ALANON, están designados a ayudar a los parientes de los alcohólicos, encontrándose que sus efectos benéficos son evidentes y que debería ser el complemento en el manejo terapéutico de la familia del alcohólico.

II.5 TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS Y MANEJO DEL PACIENTE ALCOHOLICO

Partiendo de la base de que el alcoholismo es considerado un trastorno psiquiátrico y tomando en cuenta -- la alta incidencia de sujetos con este problema en nuestra sociedad, es de esperar que un porcentaje significativo de los ingresos a esta institución sean precisamente -- pacientes alcohólicos.

El presente capítulo está dedicado a describir el tratamiento que brinda el hospital San Juan de Dios a este tipo de enfermos.

II.5.1 Tratamiento médico-psiquiátrico.

Este tratamiento va encaminado inicialmente al manejo del cuadro de intoxicación etílica y del síndrome de supresión. Describiremos por pasos la atención que recibe el paciente desde el momento en que llega al hospital:

1ro. Valoración: El paciente es recibido por un médico-residente que se encarga de decidir si las condiciones físicas del enfermo son susceptibles de ser atendidas en un Hospital Psiquiátrico; realiza esto mediante interrogatorio y exploración física pertinentes, en función de lo cual rechazará a quien por su grado de intoxicación requiera de asistencia y medios que sólo se tienen en áreas de medicina interna o cuidados intensivos. También rechazará y orientará sobre complicaciones de orden neurológico, traumático, metabólicos, descompensaciones electrolíticas, etcétera.

2do. Una vez aceptado el paciente se realiza una Historia Clínica completa y se traslada al paciente al área de "Estancia breve" donde recibe el tratamiento inicial encaminado a la desintoxicación etílica atendiendo la hipoglicemia, los requerimientos de tiamina, de folato, administración de benzodiazepinas, la agitación, el insomnio, los vómitos, las necesidades vitamínicas, etc.

Aquí se valoran constantemente los signos vitales_ del paciente (Tensión Arterial, Pulso, Temperatura, Respi_ración, Hidratación, Glicemia, Frecuencia Cardiaca) y se "checa" la respuesta a los medicamentos indicados repor--tando de inmediato cualquier hallazgo al residente respon_sable del pabellón, para cualquier modificación de este -tratamiento inicial.

3ro. Al día siguiente del ingreso se realiza una_ reevaluación física lo más completa a fin de detectar o -corroborar síntomas y signos de patología significativa , producidos por la intoxicación o un alcoholismo crónico.

4to. Visita del Psiquiatra Adscrito. Este reali_za una valoración del Estado Mental y físico del paciente buscando en su revisión síntomas específicos como:

- Gastrointestinales
- Musculares
- Trastornos del sueño
- Trastornos autonómicos
- Trastornos conductuales
- Disfunción cognitiva.

5to. En base a este examen, más los datos de la - exploración física, se procederá a establecer el trata- -

miento y a solicitar los exámenes de laboratorio y psicológicos que se consideren necesarios.

6to. En caso de obtenerse resultados positivos de patología, se brinda tratamiento pertinente.

7mo. Si se detecta psicopatología agregada se hace un manejo de los síntomas tratando de:

- Identificar y clasificar el trastorno psiquiátrico. (Establecer un Diagnóstico).
- Determinar pronóstico y tratamiento.
- Crear conciencia de enfermedad.
- Motivar a tratamiento posterior.

8vo. En el curso del internamiento y en base a los exámenes paraclínicos, la respuesta al tratamiento y la evitación de las complicaciones, se monitorea al paciente hasta su recuperación.

9no. Se planea el alta del paciente, lo cual rutinariamente ocurre entre los 5 y 10 días de internamiento.

10mo. Se establece un plan de tratamiento para su manejo ambulatorio o consulta externa.

II.5.2. Tratamiento Psicológico.

El enfoque de tratamiento en esta institución es - de tipo multidisciplinario, es decir, en equipo. El psiquiatra pasa visita a sus pacientes acompañado de un residente y una psicóloga por lo menos una vez a la semana , a fin de conocer todos al paciente e intercambiar puntos_ de vista.

El Departamento de Psicología realiza con el paciente alcohólico las siguientes actividades:

A) Visitas individuales. Estas están encaminadas a:

- La ventilación de conflictos emocionales
- Desarrollo de su capacidad introspectiva
- Fortalecimiento de valores
- Fomento de autocrítica y conciencia de enfermedad
- Motivación para asistir a la terapia de grupo
- Aplicación y evaluación psicodiagnóstica.

B) Terapia grupal. La terapia de grupo es precisamente el programa de ayuda psicoterapéutica cuya evaluación es el motivo del presente trabajo de investigación y se describe ampliamente en el capítulo II.5.

II.5.3 Programa de trabajo social.

El Departamento de Trabajo Social diseñó un programa encaminado a reforzar y hacer consciente al paciente alcohólico de las consecuencias sociales del alcoholismo, utilizando para esto audiovisuales que cubren los siguientes aspectos:

- Machismo
- Desintegración familiar
- Pérdida de la voluntad para dejar de tomar.

Algunos títulos de audiovisuales son: ¿ Por qué bebe Juan?, morir tomando, familia común, adicción, el trabajo, vacaciones y familia, y otros. Se le presentan estos temas en sesiones de aproximadamente 20 minutos; después de la proyección de los audiovisuales se realiza una dinámica grupal a fin de discutir sobre lo que observaron y llegar a conclusiones que incrementen su conciencia del problema.

A la par de este programa, el Departamento de Trabajo Social realiza las siguientes actividades:

- a) Entrevistas indirectas: Es decir, con los familiares, teniendo la finalidad de orientarlos sobre las condiciones de la hospitalización y las consecuencias del alcoholismo del paciente.

- b) Entrevistas directas: Estas son con el paciente, informándole sobre instituciones y lugares en los que posteriormente puede continuar su tratamiento.

- c) Actividades recreativas: Consisten en realización de trabajos manuales buscando que el paciente manifieste su creatividad por medio de esta terapia ocupacional.

Como se puede observar, el Departamento de Trabajo Social realiza sus actividades complementando las de los departamentos antes descritos, poniéndose de manifiesto el enfoque multidisciplinario y la promoción de trabajo en equipo.

II.5.5 Alcohólicos Anónimos.

El hospital está en contacto con un grupo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos.

Se tienen programadas 3 sesiones a la semana a las 20:00 horas, invitando a los pacientes a participar a fin de darles a conocer los principios y reglas bajo las que funcionan estos grupos y motivarlos a que integren a él.

En Alcohólicos Anónimos se señala que el único requisito para formar parte del grupo, son los deseos de mantenerse sobrio.

El grupo de Alcohólicos Anónimos sigue el modelo tradicional en base a los siguientes 12 pasos:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder superior a nosotros mismos, podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos librara de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el

daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer Su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para aceptar.
12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

En términos generales, estos pasos constituyen una filosofía espiritual, con algunos elementos de La Regla de Oro, Los Diez Mandamientos, El Sermón de la Montaña y las enseñanzas milenarias de filósofos orientales y esta magnífica colección de ideas persigue el enriquecimiento del carácter y la personalidad del sujeto, una mayor comprensión de la relación con el prójimo y una confianza alentadora y serenidad que ayudan a vivir más plenamente cada día.

La finalidad de estas asociaciones voluntarias de alcohólicos es la sobriedad y su efecto más importante ha sido el de demostrar que es posible ayudar a los alcohólicos. Fomenta la camaradería porque todos los miembros sufren el mismo trastorno; propicia la introspección y la confesión de una naturaleza superficial; gratifica las necesidades de dependencia mediante la identificación con el grupo o cuidándose de los nuevos miembros intoxicados; el hecho de compensar el alcohol por los Alcohólicos Anónimos ofrece una salida social menos destructiva para las necesidades de adicción.

II.6 "DESCRIPCION DE UN PROGRAMA" DE AYUDA PSICOTERAPÉUTICA A PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS

A continuación se transcribirá un programa de ayuda psicoterapéutica por el Departamento de Psicología del Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios a pacientes alcohólicos hospitalizados, cuya evaluación es el propósito del presente trabajo de investigación.

II.6.1. Descripción General.

I JUSTIFICACION

Debido a la corta estancia y al tratamiento limita

do en el manejo del paciente alcohólico, se ha elaborado en el Departamento de Psicología la terapia grupal para - pacientes alcohólicos, pensando en que lleven mejor conciencia de las limitaciones y consecuencias de su dependencia.

II OBJETIVOS

1. Que se den cuenta de una manera más clara de -- los daños que ocasiona su alcoholismo; consecuencias a nivel familiar, laboral, social y - personal.
2. Crear conciencia de enfermedad mental. Fortalecimiento del autoconcepto.
3. Motivarlos a que ingresen a grupos de Alcohólicos Anónimos y/o sigan en tratamiento psiquiátrico.

III METAS

- Que el paciente alcohólico se integre a un grupo con pacientes de su mismo problema.
- Desarrollar el nivel de empatía con el fin de que no se sientan solos y se den cuenta de que pueden ser comprendidos y ayudados.
- Que lleguen a tomar una decisión más concisa y -

segura hacia el dejar de beber.

IV TIEMPO Y ESPACIO

- Las sesiones se harán diariamente de 9:00 a 10:00 horas en el aula junto al gimnasio.

V RECURSOS HUMANOS

Psicóloga adscrita y dos pasantes de Psicología.

VI PROCEDIMIENTO

La terapia es de tipo directivo, partiendo de principios de logoterapia, bajo las bases de:

- Fortalecimiento de valores.
- Conciencia y captación de necesidades.
- Fortalecimiento del autoconcepto.
- Aceptación de la realidad.

II.6.2 Descripción por sesiones.

1a. SESION

TEMA: PRESENTACION Y CONOCIMIENTO

OBJETIVOS: - Conocimiento de las reglas del grupo y de los terapeutas.

- Presentación de conocimientos de sus compañeros.
- Verbalización de sus problemas.

MATERIAL: Cartulina con las reglas del grupo.

PROCEDIMIENTO: Se presentan los terapeutas al grupo, explican la razón de estar juntos, la importancia de la terapia, después se presentarán a sí mismos cada uno de los integrantes hablando algo de su vida (edad, estado civil, ocupación, etcétera). Posteriormente el terapeuta señala las 5 Reglas Básicas en función de las cuales se trabaja dentro del grupo y las cuales son: ESCUCIAR, NO CRITICA, RESPETO, DISCRECION, Y APOYO. Se canaliza al grupo para que verbalicen sobre lo que sienten al estar hospitalizados, qué beneficios encuentran en ello, así como las expectativas que tienen de su tratamiento.

TIEMPO: Sesión de una hora de duración.

2a. SESION

TEMA: EFECTOS CLINICOS DEL ALCOHOLISMO

OBJETIVOS:-El paciente conocerá los efectos que tiene el alcohol en su organismo y en su personalidad.

- Incrementar la conciencia de enfermedad.

MATERIAL: - Cartulinas para la exposición
- Clase preparada

PROCEDIMIENTO: Se define el término Alcoholismo,--
continuando con una exposición clara y directa sobre los -
efectos que produce el alcohol en el organismo. Se expli-
ca la clasificación de la Organización Mundial de la Salud
sobre los tipos de alcoholismo y se pide al paciente que -
identifique en cuál se encuentra él en ese momento. Los -
terapeutas darán opción a preguntas antes y después de la
exposición. Después se induce al grupo a verbalizar sobre
cómo se sienten al conocer esto y con ello se trabaja el -
resto de tiempo.

3a. SESION

TEMA: AREA FAMILIAR

OBJETIVOS: - Verbalización de sus problemas fami-
liares.

- Mejor conciencia de la comunicación
y relación que tienen con sus fami-
liares.

- Ventilación de sentimientos de culpa.
- Aumentar la empatía con sus compañeros.

MATERIAL: Tarjetas con preguntas directas.

PROCEDIMIENTO: Las preguntas las van tomando al azar, respondiendo en base a sus vivencias. Se fomentará la expresión de sentimientos tratando de que acepten la responsabilidad de su problemática. Se alentarán entre ellos mismos para que encuentren solución a sus problemas, no que quede sólo en la exposición de los mismos. Se trata de que amplíe su conciencia en el contacto con su núcleo familiar. Ejemplos de estas preguntas son las siguientes:

- ¿Cómo me comunico con mi esposa?
- ¿Qué piensan mis padres de mí?
- ¿Cómo me relaciono con mis hijos? etc.

TIEMPO: Una hora de duración.

4a. SESION

TEMA: EL VALOR DE SU VIDA

- OBJETIVOS: - Encontrarse con la reflexión de qué tanta importancia le den a su vida.
 - ¿Qué han hecho hasta ahora?
 - Formación de valores.

- MATERIAL:** - Escudo de valores
- Lápices.

PROCEDIMIENTO: Se les pide que reflexionen sobre el valor de su vida y por libre participación van hablando sobre lo que ha sido para ellos, induciendo al grupo para que no hablen de temas anecdóticos sino de sentimientos y pensamientos al respecto. Después se les reparte el escudo, el cual consta de 6 divisiones con los siguientes temas a reflexionar:

- Mi mayor éxito personal
- Mi mayor fracaso
- El mayor éxito familiar
- Mi sueño secreto
- Qué haría si me quedaran 6 meses de vida
- Qué me gustaría que dijera mi epitafio.

Se les marca un tiempo límite de 15-20 minutos. Al finalizar cada uno de los pacientes expone lo que escribió. El terapeuta vuelve a hacer hincapié en la importancia de su vida y resalta los valores que cada quien puso de manifiesto durante el ejercicio.

TIEMPO: Una hora de duración.

5a. SESION

TEMA: EL AUTOCONCEPTO

- OBJETIVOS: - Conocimiento y verbalización de sus -
cualidades y defectos.
- Se busca que el paciente llegue a uti
lizar más la autoconciencia y la acep
tación de sí mismo.
 - Fortalecimiento de la autocrítica.

MATERIAL: Cartulina con frases incompletas.

PROCEDIMIENTO: Se les presenta un cuestionario de frases incompletas y cada uno de los pacientes lo va completando en forma verbal delante de sus compañeros. La participación es libre, y pudiera suceder que si un sujeto no quiere hacerlo en forma verbal lo realice en forma escrita. Al finalizar se les motiva a expresar "cómo se sintieron al realizar el ejercicio".

CUESTIONARIO: - Yo soy...

- Lo que más me gusta de mí...
- Mi mejor cualidad...
- Lo que no me gusta de mí...
- No crean que...
- Seré...
- Etcétera.

6a. SESION

TEMA: AREA LABORAL

- OBJETIVOS: - Verbalizar las dificultades que se --
 les presenten en el trabajo por el al
 cohismo.
- Hablar sobre sus superiores y compañe
 ros de trabajo y cómo se relacionan -
 con ellos.

MATERIAL: Cartulina con temas a desarrollar sobre__
 puntos importantes relativos a conflictos
 laborales.

PROCEDIMIENTO: Se colocarán temas en un pizarrón__
 o cartulina y cada participante hablará de uno en particu
 lar, se les indica que no deben repetirlos pero con la op
 ción de que si necesita hablar del mismo tema que otro --
 compañero, lo puede hacer, Ejemplo:

- Qué riesgos corro en mi trabajo por mi alco
 holismo.
- Cómo son mis relaciones con mis superiores.

TIEMPO: Una hora de duración.

7a.SESION

TEMA: AREA SOCIAL

- OBJETIVOS: - Verbalizar cómo influyen los amigos -
en su hábito de beber. .
- Hablar sobre sus amistadas y cómo se relacionan con ellas.

MATERIAL: Cartulinas con preguntas para desarrollar temas.

TIEMPO: Una hora de duración.

PROCEDIMIENTO: Se les cuestiona a los participantes sobre estos puntos y se les pide verbalicen libremente experiencias o problemas con los amigos, tratando de hacerlos conscientes de sus sentimientos.

8a. SESION

TEMA: MEJOR CONOCIMIENTO DE SI MISMO

- OBJETIVOS: - Que el paciente reconozca sus limitaciones.
- Reforzar sus potencialidades y aspectos positivos para alcanzar un mejor desarrollo y adaptación.
 - Hacer conciencia en el paciente de -- sus defectos para un reconocimiento de sus limitaciones y "áreas" que hay que "remediar".

MATERIAL:

PROCEDIMIENTO: Se pide a cada uno de los participantes que reflexionen acerca de tres defectos y tres -- cualidades. Se les da un límite de tiempo para pensar y posteriormente se les pide lo expresen al terapeuta y al grupo. El terapeuta reforzará las cualidades.

TIEMPO: Una hora de duración.

9a. SESION

TEMA: FORMACION DE METAS

OBJETIVOS: - Trazarse metas y objetivos de acuerdo con su realidad.

MATERIAL - Hojas blancas
- Lápices

PROCEDIMIENTO: La dinámica consiste en preguntar a los participantes: ¿Qué te gustaría que el periódico dijera sobre de tí dentro de 5 años? ¿Qué imaginas que diría el periódico de tí dentro de 5 años? y se reparten -- las hojas para que los pacientes redacten la noticia; - - se señala tiempo límite para realizarlo -; posteriormente cada uno lee su noticia y el terapeuta escucha atentamente para al finalizar reforzar las metas que el paciente pone de manifiesto en el ejercicio. Se evalúa también

qué tan reales y posibles de realizar son y se confronta a los sujetos con este hecho.

TIEMPO: Una hora de duración.

10a. SESION

TEMA: RETROALIMENTACION REPLANTAMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS.

- OBJETIVOS:
- Que logren definir los beneficios de su terapia.
 - Fomentar la motivación a seguir trabajando en grupo.
 - Fomentar la empatía.

MATERIAL: Tarjetitas en blanco.

PROCEDIMIENTO: Se reparte a cada paciente igual número de tarjetitas como miembros haya del grupo. El ejercicio consiste en que cada paciente mandará un mensaje escrito a cada uno de sus compañeros recalcando algún aspecto positivo que encuentre en él o alguna sugerencia motivante ante su próxima ALTA. Se replantean los objetivos y metas a desarrollar en el futuro para un mejor desenvolvimiento personal, social y laboral.

II.7 TECNICAS PARA LA EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AYUDA

PSICOTERAPEUTICA A PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS

El punto central dentro de nuestro estudio fue la evaluación. Partiendo de la tradicional pregunta evaluativa: "en qué medida el programa está logrando alcanzar las metas", realizamos los siguientes pasos:

1. Buscar las metas del programa.
2. Traducir las metas a indicadores mensurables de la realización del objetivo.
3. Reunir datos de los indicadores correspondientes a quienes participaron en el programa.
4. Comparar los datos de los participantes con los criterios de realización de las metas.

El primer punto se logró identificando los objetivos del programa, clasificando según la taxonomía de Kratwohl y Blum a qué nivel cognitivo, afectivo o psicomotor fueron elaborados.

Una vez realizado esto, diseñamos los instrumentos para evaluar el logro de los objetivos en cada sesión.

II.7.1. Cuestionarios para evaluar la terapia por sesiones.

SESION I Para la evaluación de esta sesión se elaboró un cuestionario de 4 preguntas, el cual se calificó en base a los siguientes criterios:

Pregunta	Criterio
No. 1	El participante será capaz de enunciar en forma escrita las reglas del grupo. ACEPTABLE: 3 reglas (mínimo) Nivel: MEMORIA
No. 2	El participante será capaz de relatar en forma escrita el papel de las psicólogas en el programa. ACEPTABLE: Orientar, ayudar, aconsejar Nivel: MEMORIA
No. 3	El participante será capaz de enlistar en forma escrita 5 nombres de sus compañeros de grupo. ACEPTABLE: Mínimo 5.
No. 4	El participante será capaz de opinar en forma escrita la finalidad de la primera sesión. ACEPTABLE: Para conocerse, confianza, información. Nivel: COMPRENSION

Si el paciente reunía el criterio mínimo se le apuntaba 1 (UNO) en cada pregunta.

- . Si el paciente no reunía el criterio mínimo se le daba un puntaje de 0 (CERO).
- . Puntaje máximo en esta sesión: 4. Puntaje total mínimo: 3.

SESION II Para la evaluación de esta sesión se elaboró de nuevo un cuestionario que consta de 5 preguntas. Se calificó en base a los siguientes criterios:

- | Pregunta | Criterio |
|----------|--|
| No.1 | <p>El paciente será capaz de definir en forma escrita qué es el alcoholismo.</p> <p>ACEPTABLE: Que señale qué áreas de la persona se ven afectadas y/o que el alcohol se convierte en un requisito indispensable para funcionamiento del sujeto.</p> <p>Nivel: MEMORIA</p> |
| No. 2 | <p>El paciente será capaz de enlistar en forma escrita los tipos de alcoholismo.</p> <p>ACEPTABLE: Que den una explicación aunque no soliciten el término exacto.</p> <p>Nivel: MEMORIA</p> |
| No. 3 | <p>El paciente será capaz de explicar en forma escrita el fenómeno TOLERANCIA AL ALCOHOL.</p> |

ACEPTABLE: Que tenga la idea de que a medida que pasa el tiempo el sujeto bebedor necesita mayor cantidad de alcohol para intoxicarse.

Nivel: COMPRESION.

No. 4 El paciente será capaz de nombrar en forma escrita 4 de las principales enfermedades que produce el alcohol.

ACEPTABLE: 4 como mínimo

Nivel: MEMORIA.

No. 5 El sujeto será capaz de nombrar 2 de las enfermedades del sistema nervioso ocasionadas por el alcohol.

ACEPTABLE: 2

Nivel: MEMORIA.

- . Si el paciente reúne el criterio mínimo se le califica con 1 (UNO) por cada pregunta acertada.
- . Si el paciente no alcanza el mínimo aceptable se le --
puntu 0 (CERO).

Puntaje máximo en esta sesión: 5. Puntaje total mínimo: 3.

SESIONES III A LA X. En toda esta sección del programa se manejan objetivos a nivel efectivo, por lo que se diseñó un registro conductual para evaluar el logro de los mis--

mos. Se señalaron y calificaron 5 indicadores: Atención , espontaneidad, participación, congruencia afectiva o sinceridad, autocrítica. Describimos a continuación los criterios de evaluación:

Indicador	Criterio
-----------	----------

Atención	- Actitud de escucha - Que no platique mientras otros hablan - No jugar - No distraerse.
----------	---

Nivel: RECEPCION

Espontaneidad-	El sujeto participa sin necesidad de motivarlo directamente.
----------------	--

Nivel: RESPUESTA

Participación	-Al preguntarle su opinión o experiencia el paciente responde adecuadamente y se puede captar su interés en el tema tratado.
---------------	--

Nivel: RESPUESTA

Congruencia	-Se capta una congruencia entre lo que el paciente habla y sus expresiones no verbales.
-------------	---

sinceridad	-Existe congruencia entre lo que expresa en el grupo y su realidad (verificando con datos de los expedientes y visitas individuales).
------------	---

Nivel: VALORACION

Autocrítica - En sus intervenciones el paciente es consciente del daño que se hace a sí mismo y cómo repercute su conducta en los demás.

Nivel: VALORACION

- Se da un (1) punto en cada indicador si la conducta es tá presente y cero (0) si no la presenta.

Puntaje total máximo: 5

Puntaje total mínimo: 4

* Ver anexos 1, 2 y 3.

II.7.2 El Test de las Frases Incompletas como instrumento de evaluación de resultados de la Psicoterapia.

Para resolver nuestro problema Número 2, "¿logra mejorar el programa las áreas de conflicto en los pacientes que lo reciben?", utilizamos el Test de Frases Incompletas, el cual describiremos a continuación:

AUTOR: Joseph M. Sacks y Sidney Levy

ADMINISTRACION: Individual o grupal

TIEMPO: 20 a 40 minutos

DESCRIPCION: El test consta de 60 ítems, que representan 15 actitudes:

- I Actitud hacia la madre.
- II Actitud frente al padre.
- III Actitud frente al grupo familiar.
- IV Actitud frente a las mujeres.
- V Actitud frente a las relaciones heterosexuales.
- VI Actitud frente a los amigos y conocidos
- VII Actitud frente a los superiores en el trabajo o escuela.
- VIII Actitud frente a los subordinados.
- IX Actitud frente a los colegas en el trabajo o la escuela.
- X Temores.

- XI Sentimientos de culpa.
- XII Actitud frente a las propias capacidades.
- XIII Actitud frente al pasado.
- XIV Actitud frente al futuro.
- XV Metas.

INSTRUCCIONES: "A continuación figuran 60 frases - parcialmente completas. Lea cada una de ellas y complete las escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje con la mayor rapidez posible. Si no puede completar un ítem, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde".

INTERPRETACION Y PUNTAJE:

- Se reúnen bajo cada actitud los 4 ítems estímulo y la respuesta del examinado a ellos.
- Se gradúa la perturbación del examinado en esta área, de acuerdo a la siguiente escala:
 - 2 ... Seriamente perturbado
 - 1 ... Levemente perturbado
 - 0 ... Ningún trastorno significativo observado en esta área.
 - X ... Se ignora. Pruebas insuficientes.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL TEST:

Tres psicólogos establecieron el grado de perturba

ción de cien examinados en cada una de las quince categorías sobre la base de las respuestas de aquéllos. Los -- psiquiatras que trataban a esos individuos evaluaron inde-- pendentemente el grado de su perturbación en cada una de las quince categorías, basándose en sus impresiones clíni-- cas de los examinados. La confiabilidad de los juicios-- de los psicólogos sobre el grado de perturbación está in-- dicada por el acuerdo habido entre dos de cada tres psicó-- logos en el 92 por ciento de 1500 evaluaciones. Los psi-- quiatras no conocían las respuestas al test. Cuando las evaluaciones de los psicólogos se correlacionaron con las de los psiquiatras, se encontraron coeficientes de contin-- gencia de 0.48 y 0.57, con errores estándar de 0.02 y 0.03. Esta cifras indican que las evaluaciones de los psicólo-- gos estaban en una relación significativa y positiva con las de los psiquiatras. También los psicólogos redacta-- ron resúmenes interpretativos de las quince actitudes, ba-- sadas en las respuestas dadas por cincuenta examinados, y los enviaron a los psiquiatras quienes los clasificaron - con respecto a su concordancia con los hallazgos clínicos. Aproximadamente el 77 por ciento de sus comentarios con-- cordaban total o parcialmente con los hallazgos clínicos.

" Estos resultados del test pueden compararse favo-- rablemente con los obtenidos en trabajos de validación -

de otros métodos para el estudio de la personalidad, como el Test de Rorschach y el T.A.T.". (Tomado de Edwin y - Bellak).

* Ver anexo 4.

C A P I T U L O I I I

III.1 PROBLEMA

En el Departamento de Psicología del Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios se elaboró un programa de terapia grupal para ayudar a pacientes alcohólicos. Después de varios meses de trabajar en dicho programa se encontraron las siguientes limitaciones:

- Algunos pacientes no completaban el total de sesiones señaladas en el programa.
- El hecho de que algunos pacientes no cubrieran el número de sesiones en forma ordenada.

Ante esta situación surgieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿ En qué medida el programa cumple con los objetivos propuestos ?
- ¿ En qué medida el programa logra mejorar las áreas de conflicto en los pacientes que lo reciben ?

¿ Cómo afecta en los resultados del programa el hecho de que no todos los pacientes acudan al total de sesiones establecidas ?

Se evaluó la eficiencia del programa buscando dar respuesta a las preguntas anteriormente planteadas, a fin de sugerir reformas que lo enriquezcan para validar su implantación en otros hospitales psiquiátricos.

III. 2 OBJETIVOS

- . Confirmar si el programa actual sirve o si es necesario hacer alguna modificación del tratamiento.
- . Elaborar un método de evaluación de los objetivos de cada sesión.
- . Determinar mediante una prueba psicológica (El Test de las Frases Incompletas) si se mejoran las áreas de conflicto en los pacientes que reciben el tratamiento.

III. 3 HIPOTESIS

- H₁ "El programa de ayuda psicoterapéutica a pacientes alcohólicos hospitalizados cumple con los objetivos para cada área y la meta del programa en general".
- H₂ "Existe una disminución en los puntajes de conflicto".

-detectado con el test de las frases incompletas- en cada paciente después del tratamiento".

" Existe diferencia significativa en los puntajes de cada sesión en función de la asistencia o no asistencia al total de sesiones".

III.4 VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Los objetivos planteados por el programa.
2. Las áreas de conflicto detectadas con el test de las frases incompletas.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Programa de ayuda a pacientes alcohólicos hospitalizados.

III.5 INSTRUMENTOS

Para el primero y tercer problemas se utilizaron dos cuestionarios elaborados a un nivel cognoscitivo y se registraron las conductas de los pacientes mediante indicadores establecidos, ya que de la III a la X sesión del programa los objetivos son a nivel afectivo, siendo el único medio para evaluarlo sin que los sujetos manipularan la información.

Para el segundo problema se utilizó el Test de -- las Frases Incompletas (Técnica Proyectiva para la evaluación de la personalidad).

III.6 POBLACION Y MUESTRA

La muestra se obtuvo por conveniencia dentro del - hospital psiquiátrico San Juan de Dios en un período de 3 meses, tomando en cuenta los siguientes requisitos:

- El grupo se integró por pacientes de sexo masculino con diagnóstico de BEBEDOR EXCESIVO HABITUAL, que no haya hecho uso de otro tóxico además del alcohol y que no presentaran brote psicótico en el momento del tratamiento.

- El tamaño de la muestra fue en función de todos_ los pacientes que ingresaron al hospital en un período de 3 meses, reuniendo los requisitos anteriormente mencionados.

- Obteniéndose en este período una muestra de 62 - pacientes, oscilando los grupos entre 3 pacientes como mínimo y 11 como máximo. Impartiéndose el programa 7 veces.

III.7 ESCENARIO

Las sesiones de tratamiento en base al programa de ayuda a pacientes alcohólicos hospitalizados se realiza--

ban diariamente en un aula que reunía las condiciones físicas y ambientales necesarias para un adecuado "clima de trabajo", es decir, buena iluminación, adecuada ventilación, espacio suficiente para el mobiliario que consistió en una mesa larga rodeada de 12 sillas y un pizarrón para colocar el material.

III.8 PROCEDIMIENTO

En esta investigación se evaluaron tres diferentes aspectos, a fin de aclarar la eficacia de dicho programa, determinando a la vez qué técnicas son las que favorecen o impiden el logro de los objetivos.

1) Para evaluar si se cumplen los objetivos propuestos en el programa:

- Se aplicaron los cuestionarios para las sesiones I y II y se registraron las conductas observadas en los pacientes de la III a la X sesión.
- Se obtuvo los puntajes de cada sesión.
- Se señaló un puntaje base aceptable para cada sesión.
- Se realizó una prueba estadística de hipótesis, comparando los puntajes medios obtenidos por el grupo en cada sesión.
- Se comparó en qué sesiones los pacientes SI lograron

los objetivos y en cuáles NO, en relación con el "puntaje BASE".

Una vez obtenidos estos puntajes y comparados se hizo un análisis descriptivo de las características de los sujetos que sí lograron los objetivos y de quienes no los lograron, a fin de deducir conclusiones. Tomándose en cuenta las siguientes características:

- . Asistió a todas las sesiones
- . Edad
- . Ocupación
- . Estado Civil
- . Nivel socioeconómico
- . Tiempo que lleva tomando.

2) Se determinó si disminuyó el conflicto en el grupo que recibió tratamiento mediante la aplicación de una prueba psicológica, antes y después del tratamiento.

3) Para determinar cómo afectaba en los resultados del programa el hecho de que algunos pacientes no acudían al total de sesiones establecidas se compararon los puntajes en cada sesión de las personas que SI terminaron el tratamiento con los puntajes de los pacientes que NO lograron el total de sesiones.

III.9 DISEÑO EXPERIMENTAL

Se utilizó un diseño experimental para cada problema de investigación:

Problema No. 1

¿Cumple el programa con los objetivos planteados?

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Dar tratamiento. Evaluar.		Comparar puntajes obtenidos en cada sesión.

Se comparó en qué sesiones los pacientes SI lograron los objetivos y en cuáles NO, en relación con el "puntaje base".

Problema No. 2

¿Logra mejorar el programa las áreas de conflicto en los pacientes que lo reciben?

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Pre-Test de frases incompletas.	Tratamiento. (programa de ayuda)	Post-Test de Frases Incompletas.

En este problema se utilizó el diseño "antes y después para un solo grupo", es decir, se compararon los cambios midiendo los puntajes obtenidos por el mismo sujeto.

en cada caso.

Problema No. 3

¿Cómo afecta en los resultados del programa el hecho de que no todos los pacientes acudan al total de sesiones establecidas?

FASE 1	FASE 2	FASE 3
No. de Sesión	Puntajes de pacientes que completaron el Tx.	Puntajes de pacientes que no completaron Tx.

Se compararon los puntajes en cada sesión, de las personas que terminaron el tratamiento, con los puntajes de los pacientes que no las realizaron todas.

III.10 DISEÑO ESTADISTICO

1er. PROBLEMA.

Se realizó una prueba estadística de hipótesis, -- comparando los puntajes medios obtenidos por el grupo en cada sesión.

2do. PROBLEMA.

Se usó una prueba de muestras apareadas, para verificar la hipótesis de que el curso logra disminuir el grado de conflicto.

3er. PROBLEMA.

Comparando los puntajes medios de los pacientes -- que completaron el curso con los puntajes medios de los - pacientes que no lo completaron; mediante una prueba de - hipótesis para diferencia de medias, usando el es-- tadístico "T" de Student.

CAPITULO IV

IV.1 ANALISIS ESTADISTICO

Este capítulo contiene los resultados obtenidos al realizar las diferentes pruebas estadísticas para dar solución a cada uno de los problemas de investigación del presente trabajo.

Nos hemos auxiliado de tablas para exponer de forma rápida y gráfica los resultados, acompañándose cada tabla de las correspondientes operaciones efectuadas.

PRIMER PROBLEMA

Se realizó una prueba estadística de hipótesis comparando los puntajes medios obtenidos -- por el grupo en cada sesión. La siguiente tabla contiene los resultados.

SESION	HIPOTESIS	PUNTO CRITICO	REGLA DE DECISION	ESTADISTICO DE PRUEBA	DECISION
1	$H_0: \mu \geq 3$ $H_1: \mu < 3$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	- 0.4977	Se alcanzan los objetivos de esta sesión.
2	$H_0: \mu \geq 3$ $H_1: \mu < 3$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	- 5.2779	No se alcanzan los objetivos de esta sesión.
3	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	- 0.14715	Si se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
4	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	0	Si se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
5	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	- 1.44378	No se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
6	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	0.807667	Si se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
7	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.311	Sí $Z < -1.31$ Se rechaza H_0	0.462341	Se se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
8	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	-1.787147	No se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
9	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.28	Sí $Z < -1.28$ Se rechaza H_0	1.0988	Si se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
10	$H_0: \mu \geq 4$ $H_1: \mu < 4$	- 1.323	Sí $Z < -1.32$ Se rechaza H_0	2.9349	Si se alcanzaron los objetivos de esta sesión.
PROGRAMA	$H_0: \mu \geq 3.8$ $H_1: \mu < 3.8$	- 1.383	Sí $Z < -1.38$ Se rechaza H_0	-0.565634	El programa sí cumple con los objetivos.

Tabla de datos con los resultados de los puntajes_ obtenidos por los pacientes en cada una de las sesiones . (Ver tabla "F").

TABLA "E"

SESION	NUMERO DE PACIENTES	PUNTAJES MEDIOS	DESVIACION ESTANDAR
1	35	2.9143	1.03955
2	33	1.7576	1.39262
3	36	3.9722	1.13354
4	33	4.0000	1.03078
5	38	3.6053	1.68522
6	38	4.1316	1.04419
7	30	4.1000	1.18467
8	34	3.5588	1.43951
9	31	4.1935	0.98045
10	22	4.3636	0.58109

PROGRAMA: * Promedio de Puntajes Medios \bar{X} = 3.65969

* Desviación de Puntajes Medios S = 0.78861

Esta tabla contiene los puntajes obtenidos por los pacientes en cada una de las sesiones evaluadas. (Puntajes brutos)

TABLA "F"

		S E S I O N E S									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
P A C I E N T E S	1)	1	0	5	5	5	5	5	5	5	5
	2)	3	1			0	1				
	3)	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5
	4)	3	3	5	4	2	5	4	5	4	4
	5)	2	0								
	6)	3	2	4	5	4	4	5	5	5	5
	7)	4	3	5	5	1	4	4	3	5	4
	8)	4		1	3	5	3	5	4	3	4
	9)	4	2	5	4	5	5	5	5	5	5
	10)	1	0	2	4	4	5	4	2	4	4
	11)	3	1	4	4	4	5	4	4	5	5
	12)	2	4	2	3						
	13)	2	2	3	3						
	14)	3	1								
	15)	4	3	4	4	2	3	5	4	5	5
	16)	1	2	5	5	5	5	5	4	4	4
	17)	3	2	5	5	5	5	5	5	5	5
	18)	4									
	19)	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
	20)	3	2	4	5	5	5	5	5	5	4
	21)	1	0	3	2	3					
	22)	4	2	3	3	5	4	5	4	4	4
	23)	2	2	4	5	5	4	5	4	4	4
	24)	4	3	4	4	5	4	5	4	4	4
	25)	3									
	26)	4				5		5			
	27)	3									
	28)	3									
	29)	4	5	4	5	3	4	3	4	4	4
	30)	4	4	3	4	4	3	3	3		
	31)	3	0	4	5	4	5	4	4	5	4

		S E S I O N E S											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X		
P A C I E N T E S	32)	3	5		5								
	33)	1	2										
	34)	2	0	2	1					4	4		
	35)	3	2			5							
	36)		0	4	4	1	4	3	3	4			
	37)		1	5	4		4		5	5			
	38)		1										
	39)		1	4		1							
	40)		0										
	41)			5			5						
	42)						5	5	3				
	43)						5	5					
	44)						5		4		4		
	45)						1		2		5		
	46)						1				1		
	47)										3	2	
	48)			5	3		5		5				
	49)				4		4						
	50)				5		5		5	5	5	3	
	51)						4						
	52)			3		3	4	1	1				
	53)					0	1	1	1				
	54)							3	3				
	55)								5				
	56)			5	3	2		4	3	4			
	57)			5	5	5	5						
	58)				5					1			
	59)			2		5							
	60)							4	4	1	4		
	61)										0	5	4
	62)			1		3	4						3

Operaciones realizadas para resolver el primer problema:

SESION I

$n = 35$ Hipótesis:

$\bar{X} = 2.9143$ $H_0: \mu \geq 3$

$S = 1.03955$ $H_1: \mu < 3$

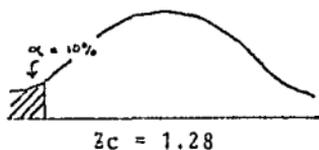
$$z = \frac{\bar{X} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Puede ser S ya que la muestra es grande $n = 30$

$$z = \frac{2.9143 - 3}{1.03955 / \sqrt{35}} \Rightarrow z = -0.4977$$

Como $z > z_c$ no se rechaza H_0 .

Regla de Decisión:



Si $z < z_c$ se rechaza H_0

CONCLUSION:

Con un nivel de significancia del 10% podemos decir que se alcanzaron los objetivos de la primera sesión.

SESION II

$n = 35$ Hipótesis

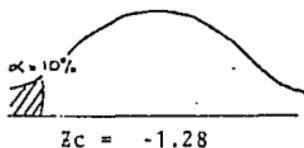
$\sum x_i = 58$ $H_0: \geq 3$

$\bar{X} = 1.7576$ $H_1: < 3$

$S = 1.39262$

$$z = \frac{\bar{X} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Regla de Decisión:



$z_c = -1.28$

Si $z < z_c$, se rechaza H_0

$$z = \frac{1.7576 - 3}{\frac{1.39262}{35}} = -5.277920411$$

$z < z_c$, por lo que se rechaza H_0 .

CONCLUSION:

A un nivel de confianza del 90%, no podemos decir que se haya alcanzado los objetivos de la segunda sesión.

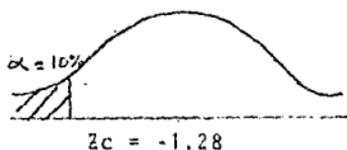
SESION III

$n = 36$ Hipótesis:

$\bar{X} = 3.9722$ $H_0: \mu \geq 4$

$S = 1.13354$ $H_1: \mu < 4$

Regla de Decisión:



$$z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

$$z = \frac{3.9722 - 4}{\frac{1.13354}{\sqrt{36}}} = -0.1471496$$

Si $z > -1.28$, se rechaza H_0

$z > -1.28 \therefore$ se apoya H_0

CONCLUSION:

A un nivel de significancia de 10%, podemos afirmar que se alcanzaron los objetivos de la tercera sesión.

SESION IV

$n = 23$

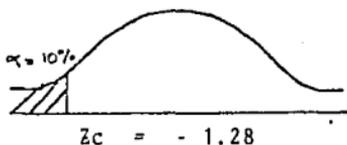
Hipótesis:

Regla de Decisión:

$\bar{X} = 4.0$

 $H_0: \mu \geq 4$

$S = 1.03078$

 $H_1: \mu < 4$ 

$$z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Si $z \leq -1.28$, se rechaza H_0

$$z = \frac{4.0 - 4.0}{\frac{1.03078}{\sqrt{23}}} = 0$$

 $0 > -1.28$, \therefore se apoya H_0 CONCLUSION:

Podemos decir, con una confianza del 90%, que se lograron los objetivos de la cuarta sesión.

SESION V

$n = 38$

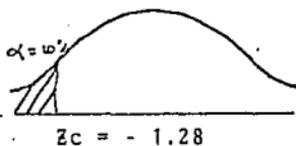
Hipótesis:

Regla de Decisión:

$\bar{X} = 3.6053$

 $H_0: \mu \geq 4$

$S = 1.68522$

 $H_1: \mu < 4$ Si $z < -1.28$, se rechaza H_0

$$z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}} = \frac{3.6053 - 4.0}{\frac{1.68522}{\sqrt{38}}} = -1.44378$$

$Z = -1.44378 > -1.28$, \therefore se rechaza H_0

CONCLUSION:

A un nivel de significancia, podemos decir que los objetivos de la quinta sesión no fueron alcanzados.

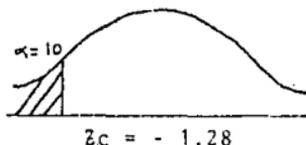
SESION VI

$n = 38$ Hipótesis:

$\bar{X} = 4.1316$ $H_0: M \geq 4$

$S = 1.04419$ $H_1: M < 4$

Regla de Decisión:



Si $Z \leq -1.28$, se rechaza H_0

$$Z = \frac{\bar{X} - M_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}} = \frac{4.1316 - 4.0}{\frac{1.04419}{\sqrt{38}}} = 0.807667$$

$Z = 0.807667 > -1.28$ \therefore se apoya H_0

CONCLUSION:

A un 10% de significación, podemos decir que el objetivo de la sexta sesión fue alcanzado.

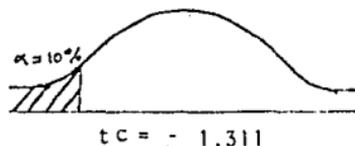
SESION VII

$n = 30$ Hipótesis:

$\bar{X} = 4.1$ $H_0: M \geq 4$

$S = 1.18467$ $H_1: M < 4$

Regla de Decisión:



$$g.l. = n - 1$$

$$g.l. = 30 - 1 = 29$$

Si $t \leq -1.311$ se rechaza H_0

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}}$$

$$t = \frac{4.1 - 4.0}{\frac{1.18467}{\sqrt{30}}} = 0.462341$$

$$t = 0.462341 > -1.311, \therefore \text{se apoya } H_0$$

CONCLUSION:

Con un nivel de confianza del 90%, podemos afirmar que se alcanzaron los objetivos de la séptima sesión.

SESION VIII

$n = 34$ Hipótesis:

$\bar{X} = 3.5588$ $H_0: \mu = 4$

$S = 1.43951$ $H_1: \mu < 4$

Regla de Decisión:



$$z_c = -1.28$$

Si $z \leq -1.28$, se rechaza H_0

$$z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}}$$

$$z = \frac{3.5588 - 4.0}{\frac{1.43951}{\sqrt{34}}} = 1.787147$$

$$z = -1.787147 < -1.28, \text{ por lo que se rechaza } H_0$$

CONCLUSION:

A un nivel de significancia del 10%, podemos decir

que no se lograron los objetivos de la octava sesión.

SESION IX

$$n = 31$$

Hipótesis:

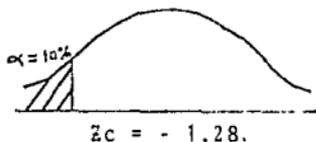
Regla de Decisión:

$$\bar{X} = 4.1935$$

$$H_0: \mu \geq 4$$

$$S = .98045$$

$$H_1: \mu < 4$$



$$z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\sigma/\sqrt{n}}$$

$$z = \frac{4.1935 - 4.0}{\frac{.98045}{\sqrt{31}}} = 1.0988$$

$$z = 1.0988 > -1.28, \therefore \text{se apoya } H_0.$$

CONCLUSION:

A un nivel de confianza del 90%, podemos afirmar que se alcanzaron los objetivos de la novena sesión.

SESION X

$$n = 22$$

Hipótesis:

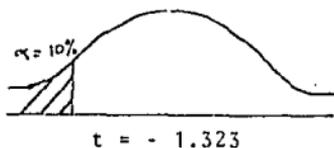
Regla de Decisión:

$$\bar{X} = 4.3636$$

$$H_0: \mu \geq 4$$

$$S = .58109$$

$$H_1: \mu < 4$$



$$t = \frac{4.3636 - 4.0}{\frac{.58109}{\sqrt{22}}}$$

Si $t \leq -1.323$ se rechaza H_0

$$t = 2.9349 > -1.323, \therefore \text{se apoya } H_0.$$

CONCLUSION:

Podemos afirmar con un nivel de confianza del 90%, que se alcanzaron los objetivos de la décima sesión.

PRUEBA PARA LA MEDIA GENERAL

HIPOTESIS:

$$H_0: \mu \geq 3.8$$

$$H_1: \mu < 3.8$$

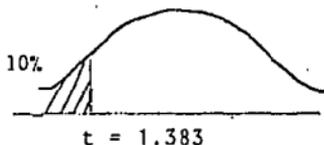
Regla de Decisión:

$$n = 10$$

$$\bar{X} = 3.65969$$

$$S = .78861$$

$$\gamma = 10 - 1 = 9$$



Si $t \leq -1.383$, se rechaza H_0

$$t = \frac{\bar{X} - \mu_0}{S / \sqrt{n}}$$

$$t = \frac{3.65969 - 3.8}{\frac{.78861}{\sqrt{10}}} = -0.562634$$

$$t = -0.562634 > -1.383, \text{ por lo que se apoya } H_0$$

CONCLUSION:

Se puede decir a un nivel de significancia del 10% que el programa cumplió con los objetivos propuestos.

SEGUNDO PROBLEMA

Se usó una prueba de muestras apareadas, para verificar la hipótesis de que el curso logra disminuir el grado de conflicto.

TABLA "C"

Resultado del Test de las Frases Incompletas .

PRIMERA APLICACION	SEGUNDA APLICACION
6	10
12	13
13	12
12	8
17	14
12	16
12	13
16	13
11	12
13	14

NOTA: La muestra es de diez sujetos, ya que de las 22 personas que completaron el tratamiento, sólo con éstas por su estancia hospitalaria más larga fue posible realizar la post-evaluación.

TABLA "H"

<u>x</u>	<u>x</u>	<u>d_i</u>	<u>d_i²</u>
6	10	-4	16
12	13	-1	1
13	12	1	1
12	8	4	16
17	14	3	9
12	16	-4	16
12	13	-1	1
16	13	3	9
11	12	-1	1
13	14	-1	1

$$\alpha = 10\%$$

$$d_i = x_1 - x_2$$

$$d_0 \geq 0$$

$$\text{Hipótesis} \begin{cases} H_0 & \mathcal{M} \text{ antes} \leq \mathcal{M} \text{ después} \\ H_1 & \mathcal{M} \text{ antes} > \mathcal{M} \text{ después} \end{cases}$$

$$t_p = \frac{\bar{d} - d_0}{Sd / \sqrt{n}}$$

$$g.l. = n - 1 = 9$$

$$\bar{d} = \frac{-1}{10} = -0.10$$

$$= \frac{10(71) - (-1)^2}{10(9)} = \frac{709}{90} = 7.877$$

$$t_p = \frac{-1 - 0}{\sqrt{\frac{7.877}{10}}} = -1.126729$$



Regla de Decisión: Si $t_p \geq 1.383$, se rechaza H_0 .

CONCLUSION:

Como $t_p = -1.127 < t_c = 1.38$, \therefore se apoya H_0 .

Podemos concluir con un 90% de confianza que el promedio antes de aplicar el tratamiento es menor o igual que el promedio después de aplicado éste, con esta afirmación podemos afirmar que el conflicto no ha disminuido.

TERCER PROBLEMA

Comparando los puntajes medios de los pacientes -

que completaron el curso, con los puntajes medios de los pacientes que no lo completaron; utilizando una prueba de hipótesis para diferencia de medias con el estadístico "t" de Student, obtuvimos los siguientes resultados:

TABLA "I"
Puntajes brutos

<u>Puntajes Medios de los - pacientes que completa-- taron el tratamiento.</u>	<u>Puntajes Medios de los pacientes que no comple_ taron el tratamiento.</u>	
4.1	1.25	5.00
4.6	1.00	4.33
3.9	3.00	5.0
4.2	2.75	4.33
3.6	2.50	2.67
4.5	2.00	1.00
3.0	4.00	2.50
3.9	1.80	4.00
3.9	3.00	5.00
3.7	4.67	4.00
3.7	3.00	2.40
4.8	3.00	0.75
3.5	4.25	3.00
3.8	4.33	5.00
3.7	1.50	3.50
4.1	2.17	5.00
4.0	3.33	3.00
3.8	2.88	3.50
	4.00	3.25
	1.00	3.00
	2.00	3.50
	0.00	4.50

Hipótesis	$H_0: \mu_1 = \mu_2$	datos:	
	$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$	$n_1 = 18$	$n_2 = 44$
		$\bar{x}_1 = 3.93$	$\bar{x}_2 = 3.083$
		$S_1 = 0.4215$	$S_2 = 1.3036$

* Trabajando los datos como muestras pequeñas pues una es 18 para probar si las desviaciones son iguales o diferentes.

$$P \left[\frac{S_1^2}{S_2^2} \frac{1}{f_{\gamma_1}(\gamma_1, \gamma_2)} \leq \frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} \leq \frac{S_1^2}{S_2^2} f_{\gamma_2}(\gamma_2, \gamma_1) \right] = 1 - \alpha$$

$$1 - \alpha = 90\%$$

$$\gamma_1 = n_1 - 1 = 17$$

$$\alpha/2 = 0.05 = 5\%$$

$$\gamma_2 = n_2 - 1 = 43$$

$$f_{0.05}(17, 43) = ? \approx 1.868$$

$$f_{0.05}(43, 17) = ? \approx 2.094$$

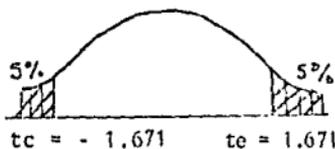
$$\frac{(0.4215)^2}{(1.3036)^2} \frac{1}{(1.868)} \leq \frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} \leq \frac{(0.4215)^2}{(1.3036)^2} (2.094)$$

$$0.05597 \leq \frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} \leq 0.2189$$

Como el intervalo de confianza no pasa de 1 no podemos suponer que las desviaciones sean iguales con una confianza del 90%.

Para la prueba:

Hipótesis: $H_0: \mu_1 = \mu_2$
 $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$



$$\chi^2 = \frac{(s_1^2/n_1 + s_2^2/n_2)^2}{\frac{(s_1^2/n_1)^2}{n_1-1} + \frac{(s_2^2/n_2)^2}{n_2-1}}$$

$$\chi^2 = 59.17 \approx 60$$

Si $t > 1.671$ ó $t < -1.671$ se rechaza H_0 .

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)_0}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$t = \frac{0.85 - 0}{\sqrt{\frac{(0.433)^2}{18} + \frac{(1.2036)^2}{44}}}$$

$$t = 3.96$$

$$\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 3.933 - 3.083$$

$$\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 0.85$$

Como $t = 3.96$ se rechaza H_0 .

∴ CONCLUSION:

Con un 90% de confianza podemos decir que el promedio de los puntajes medios de los pacientes que terminaron el tratamiento es diferente del promedio de los puntajes medios de los que no concluyeron el tratamiento.

Además con la misma confianza podemos decir que el promedio de los puntajes medios de los que sí terminaron el tratamiento es mayor que el de los que no lo terminaron.

CAPITULO V

V.1 CONCLUSIONES

En el capítulo anterior expusimos los resultados - del análisis estadístico; reflexionemos ahora estos datos.

HIPOTESIS 1

"El programa de ayuda a pacientes alcohólicos hospitalizados cumple con los objetivos planteados".

Estadísticamente, se apoya esta hipótesis; es importante observar y reportar qué ocurrió.

A) De las diez sesiones del programa siete logran los objetivos, estas sesiones son:

SESION I "PRESENTACION Y CONOCIMIENTO".- Los objetivos de esta sesión se alcanzaron debido a que no era amenazante para el sujeto sino que permitía una familiarización entre los miembros sin existir confrontación; el clima -

era amistoso, de aceptación y no crítica, satisfaciendo las necesidades del paciente.

SESION III "AREA FAMILIAR".- Para esta sesión se utilizaron principios de logoterapia, tales como conciencia y captación de necesidades y aceptación de la realidad; éstas resultaron de gran utilidad, ya que los pacientes - - tienden a evadir y con técnicas de confrontación lograban una mayor conciencia de sus problemas en esta área.

SESION IV "EL VALOR DE SU VIDA".- En esta sesión se utilizaron también principios de logoterapia, haciendo énfasis en aspectos positivos del paciente, tratando de promover el cambio hacia un mejor estilo de vida, ayudándoles a descubrir los valores que dan sentido a sus vidas. El - terapeuta es directivo más no confrontativo.

SESION VI "AREA LABORAL".- Los pacientes se involucraban fácilmente en esta sesión ya que una de sus preocupaciones principales durante su hospitalización era precisamente el hecho de no asistir a su trabajo y las consecuencias que esto ocasionaría. Fue útil la actitud directiva y confrontativa para centrar al paciente en los riesgos - que corría por su alcoholismo en esta área.

SESION VII "AREA SOCIAL".- Al igual que en la sesión an

terior, el paciente manejaba con facilidad la verbalización de sus experiencias pasadas y aunque esto no les resultaba muy conflictivo tendían a justificarse culpando a los demás. Esto originaba que el terapeuta fuera sumamente directivo con el fin de que los pacientes aceptaran la influencia de las "malas compañías" y su propia parte de responsabilidad.

SESION IX "FORMACION DE METAS".- En esta sesión nos dimos cuenta de que con la dinámica utilizada el paciente no se trazaba metas y objetivos de acuerdo a su realidad, sino que tendía a la fantasía; una vez que se confrontaba al paciente con este hecho el sujeto se centraba y planteaba metas más reales, alcanzando los objetivos de la sesión.

SESION X "RETROALIMENTACION".- Aquí se alcanzaron plenamente los objetivos ya que los pacientes estaban adecuadamente integrados como grupo (al haber completado todo el programa); esta sesión resulta muy útil como cierre de la terapia, además que permite al terapeuta motivar al paciente a continuar su tratamiento.

B) Sólo en tres sesiones no se lograron los objetivos, siendo las siguientes:

- * II "EFECTOS CLINICOS DEL ALCOHOLISMO"
- * V "AUTOCONCEPTO"
- * VIII "MEJOR CONOCIMIENTO DE SI MISMO"

Buscando un por qué a lo sucedido, concluimos que:

Las sesiones en las que los pacientes SI logran los objetivos, son aquellas en las que el sujeto ventila su problemática, es decir, habla de hechos que ha vivido, los describe y relata. Estas sesiones desempeñan una función de catarsis, el paciente se siente desahogado, comprendido y apoyado; en cambio las sesiones V y VIII aunque elaboradas también a un nivel afectivo, implican una mayor introspección y autocrítica, conllevan la responsabilidad del sujeto sobre su estilo de vida; es "él" el único responsable de lo que le sucede, el único que puede solucionarlo. Esto lo lleva a la aparición de resistencias y a la utilización de mecanismos de defensa como la negación, la racionalización, hasta la intelectualización, por lo que pensamos que estas dos sesiones requieren de un tiempo más largo, es decir 2 horas en lugar de una a fin de que la confrontación sea más suave, evitando el aumento de resistencias, dando oportunidad al sujeto para el logro de la introspección y un manejo mejor de su actuación ante el alcohol.

En cuanto a las técnicas proyectivas empleadas, en las que el terapeuta jugaba un papel menos directivo presentando sólo estímulos que llevaran al paciente a una -- autoexploración, observamos que éstas son útiles, logrando preparar al sujeto para una mejor introspección.

Ahora bien, en la SESION II, los pacientes no alcanzaban los objetivos, no obstante que los criterios de calificación fueron bajos (3 de 5). Esto significa que los objetivos de esta sesión están elaborados a un nivel cognoscitivo de alta dificultad para captarlos en el tiempo establecido, por lo que concluimos que se requiere -- alargar la duración de esta sesión, ya que es de gran importancia que el paciente conozca bien las consecuencias físicas de su dipsomanía.

Hicimos también un análisis de las características de la muestra de nuestro estudio, buscando alguna que diferenciara a los pacientes que sí lograron los objetivos de quienes no los lograron y nos encontramos con el hecho de que ninguna de las características analizadas distinguía un grupo del otro (ver anexo 5).

HIPOTESIS 2

"Existe una disminución en los puntajes de conflic

to -detectado con el test de las Frases Incompletas- en cada paciente después del tratamiento".

Estadísticamente esta hipótesis es rechazada, indicando que el conflicto no disminuye después del tratamiento. En base a esto, observamos que algunos pacientes presentan mayor conciencia de enfermedad y sus defensas son menos rígidas al terminar el tratamiento; esto puede explicar el hecho de que aumenten los puntajes de conflicto en el re-test.

Otro punto a considerar es el hecho de que el programa sólo abarca diez sesiones y es muy poco tiempo para que el sujeto logre solucionar sus conflictos.

Aunque definitivamente es una muestra muy pequeña (diez pacientes), la que utilizamos para esta hipótesis, creemos que de aumentarla obtendríamos resultados similares.

Calificamos la primera aplicación del test de las frases incompletas de todos los pacientes y encontramos datos muy interesantes:

* Comparando los puntajes totales obtenidos en cada área que mide el test, son considerablemente altos los de la XI (sentimientos de culpa), la X (temores) y la XII

(actitud frente a las propias capacidades), en ese orden de mayor a menor; este hallazgo es muy significativo para nosotros, pues confirma lo descrito en la hipótesis anterior en cuanto a las causas que obstaculizan el logro de los objetivos de las sesiones V y VIII, es decir, el sujeto está agobiado por sus sentimientos de culpa, lleno de temores y ha perdido la confianza en su propia capacidad para resolver problemas, por lo que afloran mecanismos de defensa no adaptativos.

- * Las áreas de menor conflicto fueron la VII (actitud -- frente a los superiores en el trabajo o la escuela), - la IX (actitud frente a los colegas en el trabajo o la escuela) y la VIII (actitud frente a los subordina- - dos); correlacionando estos datos con las experiencias que vivimos en la sesión dedicada al área laboral, encontramos que los pacientes tienden a negar los riesgos a que se exponen en su trabajo, no sólo los económicos -que es lo que más enfatizan-, sino la propen- - sión a accidentes y la pérdida de status social, por lo que podemos concluir que es muy pobre su conciencia de este problema.

Consideramos importante mencionar que en ocasiones aplicamos el test de las Frases Incompletas en forma verbal, debido a que algunos pacientes no sabían leer o no -

estaban en posibilidad de escribir, y descubrimos que esto facilita el establecimiento del rapport, favoreciendo la ventilación de sus problemas, lo cual nos fue de gran utilidad para el manejo de estos sujetos dentro del grupo.

HIPOTESIS 3

"Existe diferencia significativa en los puntajes de los pacientes en función de la asistencia o no asistencia al total de sesiones".

Estadísticamente se apoya esta hipótesis, es decir, Si existe diferencia en los puntajes obtenidos por los pacientes que asistieron al total de sesiones y los que no, pues los primeros obtuvieron puntajes más altos, con lo que confirmamos la importancia de asistir a todo el programa.

V.2 SUGERENCIAS

El fin de esta investigación fue evaluar la eficacia del programa de ayuda a pacientes alcohólicos hospitalizados; ya presentamos las conclusiones y en base a ellas y a nuestras vivencias en el manejo de los pacientes queremos sugerir lo siguiente:

- A) Es necesario alargar el tiempo de cada una de las sesiones mínimo 30 minutos y en las sesiones II, V, y VIII una hora más.
- B) Resulta indispensable para el logro de los objetivos de todo el programa que el paciente esté hospitalizado el tiempo necesario para completarlo.
- C) Consideramos importante aplicar antes de empezar el tratamiento grupal, un test de las Frases Incompletas en forma verbal e individual para sí entrar en contacto con el paciente a fin de tener un conocimiento previo de su problemática.
- D) Sabemos que el tiempo de tratamiento es corto, esto es una limitación del programa. Sería ideal aumentar el número de sesiones, pero la realidad nos dice que la mayoría de los pacientes no están en disposición de prolongar su estancia hospitalaria, siendo la principal causa el factor económico, motivo por el cual sugerimos adaptar el programa a fin de impartirlo de manera externa, así el paciente tendría la opción de continuar en terapia de grupo una vez dado de alta y al mismo tiempo el programa se enriquecería al ampliar su sesión.
- E) Como se dijo anteriormente, sería ideal aumentar el -

número de sesiones, siendo otra opción el intensificar el programa, impartiendo 1.30 horas por la mañana y 1.30 horas por la tarde.

F) Proponemos las siguientes modificaciones para el programa:

SESION I " PRESENTACION Y CONOCIMIENTO "

Consideramos esta sesión la base para el buen funcionamiento del programa. Si el paciente se integra al grupo ya iniciado el tratamiento, es necesario darle a conocer las reglas, y presentarlo a cada uno de los miembros.

OBJETIVOS:

MATERIAL: No hay cambio.

PROCEDIMIENTO

TIEMPO: Aumentar mínimo 30 minutos.

SESION II "EFECTOS CLINICOS DEL ALCOHOLISMO"

Esta sesión es sumamente importante para que el paciente adquiera conciencia de enfermedad.

OBJETIVOS: No hay cambios.

MATERIAL: Sería ideal presentar a los pacientes transparencias de los daños físicos ocasionados por el alcohol, y de las

enfermedades mentales que origina. Resultará útil brindarles hojas blancas y lápices.

PROCEDIMIENTO: Creemos que el orden y los temas son adecuados y se captarán mejor los conocimientos al auxiliarse el terapeuta con las transparencias y al tener el paciente la opción de notar datos que él considere importantes.

TIEMPO: Definitivamente es necesario agregar una hora y por la dificultad de los temas sugerimos que sea en dos días; el primer día se expondrían la definición del alcoholismo, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud y las principales enfermedades. El segundo día podrá dedicarse especialmente a hablar sobre las enfermedades mentales secundarias al alcoholismo.

EVALUACION: En cuanto a la evaluación de esta sesión observamos que el hacerlo a nivel memoria cambia los resultados ya que el paciente presenta problemas de atención y concentración.

SESION III " AREA FAMILIAR "

En esta sesion solo sugerimos aumentar el tiempo; solo 30 minutos minimo el mismo dia.

SESION IV " VALOR DE SU VIDA "

No hay cambios.

SESION V " AUTOCONCEPTO "

OBJETIVOS:

MATERIAL:

PROCEDIMIENTO: La técnica es adecuada pero como los objetivos son muy ambiciosos sería conveniente que ésta fuera una de las últimas sesiones.

TIEMPO: Dos horas el mismo día.

SESION VI " AREA LABORAL "

OBJETIVOS:

MATERIAL: No hay cambios.

PROCEDIMIENTO:

TIEMPO: 30 minutos extra.

SESION VII " AREA SOCIAL "

No hay cambios.

SESION VIII " MEJOR CONOCIMIENTO DE SI MISMO "

En esta sesión la mayoría de los pacientes no lo--

graron los objetivos, por lo que consideramos cambiar la dinámica.

OBJETIVOS: No hay cambio.

MATERIAL: Ninguno

PROCEDIMIENTO: Se realizará el ejercicio llamado "ma
nejo del No Yo"; consiste en pedirle
al paciente que piense en la persona
más importante para él. El terapeu-
ta dice: "Ahora tú no eres tú mismo,
sino la persona que escogiste" y le
hace las siguientes preguntas:
¿Cómo es "x" (nombre del paciente) ?
¿Qué cosas te gustan de "x"?
¿Cuál es el peor defecto de "x"?
¿Cuáles son sus virtudes?

Esto despertará la proyección del pa-
ciente facilitando la exploración de
sí mismo pero dirigido por el tera-
peuta lo que evitará que el paciente
se sienta amenazado como ocurría an-
teriormente en esta sesión.

TIEMPO: Dos horas (dependiendo del tamaño --
del grupo se realizará en un día o -
dos).

SESION IX " FORMACION DE METAS "

OBJETIVOS:

MATERIAL: No hay cambios.

PROCEDIMIENTO: Se le pedirá al paciente que se trace metas a corto y largo plazo de manera gradual en cuanto a importancia y a tiempo que necesitará para realizarlas. Esto lo hará en forma escrita, posteriormente el terapeuta las lee y refuerza, motivando el intercambio de opiniones entre los miembros del grupo.

TIEMPO: Agregar 30 minutos.

SESION X " RETROALIMENTACION "

Esta sesión es muy difícil de realizar, pues por lo general los pacientes no completan el programa. Deberá efectuarse cada vez que las condiciones del grupo lo permitan.

OBJETIVOS:

MATERIAL: No hay cambios.

PROCEDIMIENTO:

TIEMPO:

Creemos necesario cambiar el orden de presentación de las sesiones, de tal forma que las que exigen mayor introspección queden al final. El programa puede organizarse de la siguiente manera:

- SESION I : " PRESENTACION Y CONOCIMIENTO "
- SESION II : " EFECTOS CLINICOS DEL ALCOHOLISMO "
- SESION III : " EFECTOS CLINICOS SEGUNDA PARTE "
- SESION IV : " AREA FAMILIAR "
- SESION V : " AREA LABORAL "
- SESION VI : " AREA SOCIAL "
- SESION VII : " VALOR DE SU VIDA "
- SESION VIII : " CONOCIMIENTO DE SI MISMO "
- SESION IX : " AUTOCONCEPTO "
- SESION X : " FORMACION DE METAS "
- SESION XI : " RETROALIMENTACION "

" PROGRAMA DE AYUDA A PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS "

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS

DEPTO. DE PSICOLOGIA

Anexo 1

I SESION

- 1.- Enuncie las reglas del grupo.

- 2.- Relate cuál será el papel de las psicólogas.

- 3.- Enliste el nombre de sus compañeros.

- 4.- Exprese su opinión sobre la importancia de esta primera sesión.

NOMBRE: _____

FECHA : _____

TERAPEUTA: _____ Apl. ()

" PROGRAMA DE AYUDA A PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS "
HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS
DEPTO. DE PSICOLOGIA Anexo 2

II SESION

- 1.- Defina qué es el alcoholismo según el Dr. Agustín Caso Muñoz.
- 2.- Enliste los tipos de alcoholismo.
- 3.- Explique el fenómeno "Tolerancia al alcohol".
- 4.- Nombre las principales enfermedades que produce el alcohol.
- 5.- Dentro de las enfermedades del Sistema Nervioso ocasionadas por el alcohol, ¿cuáles conoce ?

NOMBRE: _____

FECHA: _____

TERAPEUTA: _____ Apl. ()

" PROGRAMA DE AYUDA A PACIENTES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS "

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS

DEPTO. DE PSICOLOGIA

Anexo 3

____ SESION

EL EVALUADOR REGISTRA LOS SIGUIENTES INDICADORES:

AT. (Atención)

P (Participación)

E (Espontaneidad)

C.A. (Congruencia afectiva)

A (Autocrítica)

BAJO EL SIGUIENTE CRITERIO:

1 Presencia

0 Ausencia

NOMBRE DEL PACIENTE	AT.	P	E	C.A.	A
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

EVALUADOR: _____ TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

DEPTO. DE PSICOLOGIA

TEST DE FRASES INCOMPLETAS (PERSONALIDAD) Anexo 4

- 1.- Siento que mi padre rara vez _____
- 2.- Cuando la suerte está en mi contra _____
- 3.- Siempre he querido _____
- 4.- Si estuviera encargado _____
- 5.- El futuro me parece _____
- 6.- Las personas que son mis superiores _____
- 7.- Sé que es una tontería, pero tengo miedo _____
- 8.- Siento que un verdadero amigo _____
- 9.- Cuando era niño _____
- 10.- Mi idea de la mujer perfecta _____
- 11.- Cuando veo a un hombre y una mujer juntos _____
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias, la mía _____
- 13.- En el trabajo (escuela) me llevo bien con _____
- 14.- Mi madre _____
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar _____
- 16.- Si mi padre solamente fuera _____
- 17.- Creo que tengo habilidad para _____
- 18.- Sería completamente feliz si _____
- 19.- Si la gente trabaja bajo mis órdenes _____
- 20.- Busco _____
- 21.- En la escuela mis maestros _____
- 22.- La mayoría de mis amigos no sabe que yo _____

- 23.- No me gusta la gente que _____
- 24.- Antes, cuando era más joven _____
- 25.- Pienso que la mayoría de las muchachas _____
- 26.- Mi concepto del matrimonio es _____
- 27.- Mi familia me trata como _____
- 28.- Las personas con quienes trabajo son _____
- 29.- Mi madre y yo _____
- 30.- Mi peor equivocación fue _____
- 31.- Deseo que mi padre _____
- 32.- Mi mayor debilidad _____
- 33.- Mi ambición secreta en la vida _____
- 34.- La gente que trabaja bajo mis órdenes _____
- 35.- Algún día yo _____
- 36.- Cuando veo venir a mi jefe _____
- 37.- Me gustaría perder el miedo a _____
- 38.- La gente que más me gusta _____
- 39.- Si fuera niño otra vez _____
- 40.- Creo que la mayoría de las mujeres _____
- 41.- Si yo hubiera tenido relaciones sexuales _____
- 42.- La mayoría de las familias que conozco _____
- 43.- Me gustaría trabajar con personas que _____
- 44.- Pienso que la mayoría de las madres _____
- 45.- Cuando era pequeño me sentía culpable de _____
- 46.- Pienso que mi padre es _____
- 47.- Cuando las circunstancias me son adversas _____
- 48.- Al dar órdenes a otro _____

- 49.- Lo que más deseo en la vida _____
- 50.- Cuando sea mayor de edad _____
- 51.- La gente que yo creo que son mis superiores _____
- 52.- A veces mis temores me impulsan a _____
- 53.- Cuando no estoy presente, mis amigos _____
- 54.- Mi experiencia infantil más vívida _____
- 55.- Lo que menos me gusta de las mujeres _____
- 56.- Mi vida sexual _____
- 57.- Cuando era niño mi familia _____
- 58.- La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
- 59.- Me gusta mi madre, pero _____
- 60.- La peor cosa que he hecho en mi vida _____

<u>EDAD</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>No. DE HOSPITALIZACIONES</u>	<u>FRECUENCIA</u>
25 a 30 años	14	1 a 2	32
31 a 40 "	20	3 a 5	13
41 a 50 "	14	6 a 10	6
51 a 60 "	12	11 a 20	9
61 a 70 "	2	21 a 30	0
		31 a 40	2
<u>ESTADO CIVIL</u>		<u>TIPO DE BEBIDA</u>	
Soltero	17	Fermentadas	28 de 62
Casado	36	Destiladas	62 de 62
Divorciado	6	Alcohol de 96"	8 de 62
Unión libre	3		
<u>NIVEL SOCIOECONOMICO</u>		<u>OCUPACION</u>	
Alto	2	Pintor	1
Medio-alto	6	Comerciante	15
Medio	16	Médico	1
Medio-bajo	12	Campesino	5
Bajo	26	Empleado	19
		Zapatero	3
		Mecánico	6
		Ganadero/Agricultor	4
		Carpintero	2
		Herrero	2
		Chofer	2
		Ninguna	2
<u>TIEMPO TOMANDO</u>			
1 a 5 años	20		
6 a 10 "	23		
11 a 15 "	6		
16 a 20 "	5		
21 a 25 "	4		
26 a 30 "	2		
Más de 30"	2		

CAPITULO VII

- 1.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. D.S.M. III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, España, Masson, 1983, 513pp.
- 2.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. D.S.M. II Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, España, Masson, 1968.
- 3.- CASO MUÑOZ, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría, 2a. Ed., México, Limusa, 1982, 1140pp.
- 4.- CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento, México, Trillas, 1985.
- 5.- COLB, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna, 6a. - Ed., México, Interamericana, 1979, 452 pp.
- 6.- DORSH Friedrich. Diccionario de Psicología, 4a. Ed., España, Herder, 1981, 1070pp.
- 7.- EDWING Lawrence; BELLAK Leopold. Psicología Proyectiva, México, Paidós, 1985.
- 8.- FREDMAN, Alfred M., et. al. Compendio de Psiquiatría, 5a. Ed., España, 1980, 919 pp.
- 9.- GENERAL SERVICE CONFERENCE, Alcohólicos Anónimos, México, 1977.
- 10.- HARRISON, et. al. Medicina Interna, 5a. Ed., México, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S. A. 1985.

- 11.- JAFFE, Jerome, et. al. Vicios y Drogas, México, Har
la, 1980.
- 12.- KERLINGER, Investigación del Comportamiento, 2a. Ed.
México, Interamericana, 1983.
- 13.- MARQUEZ Muro, Daniel, Lógica, 10a. Ed., México, - -
ECLALSA, 1977.
- 14.- MOLINA P. Valentín, et. al. El Alcoholismo en Méxi-
co, (Memorias del Seminario de Análisis), México, -
Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1983, --
331pp.
- 15.- MOLINA P. Valentín, et. al. El Alcoholismo en Méxi-
co, (Aspectos Sociales, Culturales y Económicos I ,
2a. Ed., México, Fundación de Investigaciones Socia-
les A.C., 1985, 303pp.
- 16.- MOLINA P. Valentín, et. al. El Alcoholismo en Méxi-
co, (Patología), 2a. Ed., México. Fundación de In-
vestigaciones Sociales A.C., 1985, 216pp.
- 17.- ROMAN CELIS, Carlos, et. al. El Alcoholismo en Mé-
xico, (Historia y Legislación), México, Fundación de
Investigaciones Sociales A.C., 1984, 345 pp.
- 18.- SHADER, Richard I. Manual of Psychiatric Therapeutics,
U.S.A., Little Brown and Company, 1979.
- 19.- VELASCO FERNANDEZ, Rafael. Esa Enfermedad Llamada Al-
coholismo.
- 20.- VELASCO FERNANDEZ, Rafael. Salud Mental, Enfermedad
Mental y Alcoholismo, México, A. N. U. I. E. S., - -
1980.
- 21.- WEISS, Carol H. Investigación Evaluativa, México, --
Trillas, 1975.

- 22.- YA-LUN, Chou. Análisis Estadístico, 2a. Ed., México, Interamericana, 1977.
- 23.- ZAX, Melvin; COWEN Emory L. Psicopatología; 2a. Ed. México, Interamericana, 1979, 452pp.

INSTANESIS

TESIS • INFORMES • MEMORIAS
COPIAS • REDUCCIONES • EN-
CUADERNADO • IMPRESIONES •
COPI-OFFSET • TRANSCRIPCIO-
NES IBM EN LINO • DIBUJO DE
GRAFICAS, PLANOS Y ORGANI-
GRAMAS • HELIOGRAFICAS •
REVELADO KODAK.

ENRIQUE G. MARTINEZ No. 30
(ANTES PARROQUIA)
TEL. 13 - 99 - 23 GUADALAJARA