



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

001
31921
R7
1987-3

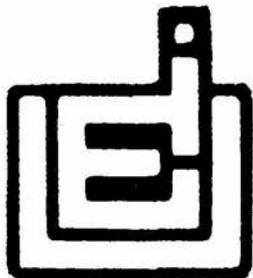
**APLICACION DE UN PAQUETE INSTRUCCIONAL
DENOMINADO "APRENDIZAJE ESTRUCTURADO"
EN SUJETOS ALCOHOLICOS EN REHABILITACION**

T . E . S . I . S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
RUBEN REYES ESCORZA

SAN JUAN IZTACALA, MEX.

1 9 8 7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El presente trabajo lo dedico a :

MIS PADRES : Mary y Jorge

Por el empeño constante que siempre mostraron por mi superación y el -- aliento, para seguir adelante durante mi vida de estudiante.

MIS ABUELOS: Mela y Felipe

por todos aquellos momentos que me proporcionaron toda su dedicación y cariño du-- rante mi vida.

MIS HERMANOS:

Por todos esos momentos que estando juntos, siempre existió una palabra de aliento para poder seguir superandome.

MI ESPOSA : Consuelo

Por el amor, comprensión e impulso
que siempre ha alentado mis aspiraci
ciones

MIS HIJOS : Rubén e Israel

Por la ternura que me inspi-
ran.

MI AMIGO : Carlos

Por las palabras de aliento y apoyo
incondicional que siempre ha mani--
festado.

A : Elcira

Por la paciencia e interés que--
siempre manifestó en la redacción
y mecanografía de la presente te-
sis.

A MIS MAESTROS :

Patricia Trujano

Por su dedicación, asesoría y conocimientos invaluables, que hicieron posible la realización de la presente tesis

David Campos

Eduardo Cruz

Por su valiosa intervención y asesoría en el desarrollo de la presente tesis.

A EL C.A.H.U

Y personal, que de alguna u otra manera - colaborarán en la realización de este trabajo, y en especial a la Dra. Guadalupe - Barcenas y al Dr. Othoniel Nava.

I N D I C E

PAGINA

| | |
|---|---------|
| INTRODUCCION | |
| | 1001040 |
| I SITUACION ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO ----- | 1 |
| II MARCO TEORICO CONCEPTUAL | |
| ANTECEDENTES HISTORICOS Y EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO ----- | 9 |
| ENFOQUES TEORICOS Y DEFINICION DEL ALCOHOLISMO ----- | 15 |
| CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO ----- | 21 |
| POSIBLES FACTORES QUE INDUCEN EL EXCESO EN EL CONSUMO DEL ALCOHOL ----- | 25 |
| TEORIA DEL ANALISIS EXPERIMENTAL Y FUNDAMENTO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL ----- | 31 |
| III ANTECEDENTES DEL LLAMADO "CENTRO DE ADAPTACION HUMANA ----- | 40 |

| | | |
|----|--|----|
| IV | DESARROLLO DEL ENFOQUE SELECCIONADO | |
| | APLICACION DE UN PAQUETE INSTRUCCIONAL DENOMINADO "APRENDIZAJE ESTRUCTURADO" EN SUJETOS ALCOHOLICOS EN REHABILITA- CION ----- | 46 |
| | OBJETIVOS ----- | 47 |
| | METODO ----- | 50 |
| | SEGUIMIENTO ----- | 69 |
| | RESULTADOS ----- | 69 |
| | ANALISIS DE RESULTADOS ----- | 75 |
| | CONCLUSIONES GENERALES ----- | 77 |
| V | DISCUSION ----- | 80 |

A N E X O S

I N T R O D U C C I O N

Después de generaciones, negligencias y prejuicios hoy en día se ha ido considerando que el alcoholismo es una responsabilidad de proporciones importantes en el campo de la salud pública; organismos como los del Sector Salud, Bienestar Social, y de Rehabilitación, están reconociendo que el alcoholismo representa un padecimiento muy grave, cuya magnitud demanda una consideración prioritaria.

Por lo que inicialmente dentro del presente estudio se hace referencia a los aspectos actuales y críticos generados por la problemática del abuso del alcohol, lo cual nos permite visualizar la magnitud de las consecuencias de la ingesta inmoderada por parte de un sector de individuos que cada día se extiende a mayor población de nuestra sociedad.

Situación que ha generado que diferentes organizaciones, asociaciones y disciplinas como la Sociología, Psicología, Antropología e inclusive la Medicina, hayan intentado abordar esta problemática desde sus puntos de vista muy particulares y que se consideran dentro del marco teórico de referencia de la presente tesis.

Subsecuentemente se realiza una revisión al respecto de los diferentes criterios que se han considerado para cl

sificar las diferentes etapas evolutivas del alcoholismo, - así como los factores que inducen el exceso en el consumo - de alcohol, los cuales se han considerado como de tipo fi-- siológico, psicológico y sociocultural.

Por último, se realiza una breve descripción de las -- aportaciones de la psicología conductual a la problemática del alcoholismo, y las diferentes técnicas conductuales empleadas para reducir el nivel de ingesta de pacientes alco-- holicos, considerando diferentes enfoques teóricos.

Asimismo se hace referencia al enfoque seleccionado y la importancia de ser utilizado en la presente investiga--- ción, con fines de intervención en la rehabilitación de pa-- cientes alcoholicos de un centro denominado de Adaptación - Humana.

SITUACION ACTUAL DE LA PROBLEMATICA
DEL ALCOHOLISMO

CAPITULO I

En la actualidad el problema del abuso del alcohol por parte de un grupo cada vez mayor de individuos, inmersos en diferentes sociedades a nivel mundial, ha propiciado la atención de numerosos estudios encaminados a analizar las posibles causas que generan el abuso y mantenimiento de la ingesta periódica y/o aguda del mismo.

Dichos estudios serán punto de consideración durante la exposición de la siguiente tesis, lo importante en el capítulo que nos ocupa es el de mostrar algunas estadísticas específicamente relacionadas con la producción, ventas en el mercado interno y las estrategias de comercialización así como las consecuencias que trae consigo la ingesta immoderada y el impacto que tiene ésta en la sociedad.

Partiremos del hecho de que en la actualidad, en México, se cuenta con algunas estimaciones y tendencias confiables que demuestran la magnitud del problema, y de esta manera se expondrán algunas estadísticas al respecto. "Así tenemos que en las bebidas con contenido alcohólico menor a los 20° GL. (Vino, sidra, rompope, etc.) el incremento promedio anual entre 1980 y 1984 fué de 2.9 millones de litros. En las bebidas con contenido alcohólico mayor a los 20° GL. (ron, tequila, vodka, whisky, etc.) su incremento medio anual entre 1970 y 1984 fué de 10.5 millones de litros. En la cerveza de gra

ducción menor de 6° Gl. el incremento medio anual entre 1973 y 1984, resultó ser de 37 millones de litros". (Consejo Nacional Antialcoholico, 1985, pg.12).

En lo que se refiere al tipo de bebida, "la cerveza, que en 1972 tuvo ventas de 1,513 millones de litros, alcanzó en 1983 los 2,418 millones de litros. En el pulque controlado se observan decrementos en los años recientes ya que en 1972 se consumieron 311.7 millones de litros y en 1983, 234 millones de litros, finalmente los vinos y licóres, que en 1975 - totalizaron ventas de 110.3 millones de litros, alcanzaron - en 1984 los 225.2 millones de litros"(Consejo Nacional Anti-alcoholico, 1985 pg.12).

Otro aspecto importante a considerar para conocer la -- problemática del alcoholismo es la diversidad sociocultural de las regiones que integran el país y la multiplicidad de - las bebidas regionales y tradicionales, de cuya producción y consumo no se tiene control. "De la producción total de alcohol potable de 96° de Azucar S.A. el 15% en 1982, 12,183 - miles de litros, fueron vendidos a los fabricantes de bebi-- das alcoholicas". (Consejo Nacional Antialcoholico , 1985 pg. 16). Por otra parte el 47% de la producción en 1982 (56,968 miles de litros) y el 64% en 1983 (60.209 miles de litros), - se vendieron a almacenistas, de cuya distribución no se tie-

ne control y es probable que se destine en gran parte a la -
venta de alcohol como bebida pura o mezclada. "Existe además,
la producción de aguardientes regionales cuyos volúmenes de-
producción son difíciles de estimar ya que por no exceder de
los 7.500 litros están exentos de control fiscal", (Consejo
Nacional Antialcoholico, 1985. pg.16).

Por otro lado, el consumo de bebidas alcoholicas se ve
influenciado por el cúmulo de propaganda televisada y radia-
da incitando a beber. En la actualidad gran parte de anun--
cios está dedicado a la incitación para ingerir bebidas em--
briagantes y estos son mostrados o inducidos por modelos, --
los cuales representan situaciones placenteras en donde se -
involucra el estilo de beber y el status social que represent
ta la elección de una u otra bebida. Se ha calculado que -
las compañías productoras destinan grandes cantidades de di-
nero a la publicidad y propaganda, por ejemplo, las principa-
les firmas de bebidas alcoholicas erogaron en 1982 aproxima-
damente el 13% de sus ventas a este gasto y hay evidencias -
de que las compañías utilizan todos los medios de comunica--
ción pero la televisión es sin duda el de mayor impacto, ---
"captando por este rubro el 12% del total del gasto en la pu
blicidad televisiva en 1982 (Consejo Nacional Antialcoholico,
1985). Por lo que corresponde a los impuestos que dichas --
compañías pagaron al Gobierno Federal se considera que la --

industria cervecera " generó en 1984, 85.000 millones de pesos por este concepto y la industria de vinos de mesa 1.000 millones de pesos y la de brandies, tequilas y licores 65.000 millones de pesos" (Consejo Nacional Antialcoholico 1985,pg. 20), por lo tanto se observa ademas que probablemente el Gobierno Federal no esta muy interesado en abordar la problemática del alcoholismo a través de campañas masivas, ya sea -- por televisión , radio u otro medio de comunicación.

Por lo que corresponde a la epidemiología del síndrome - del alcoholismo, se ha encontrado que en México éste es la - principal causa de cirrosis hepática y se ha tomado a la tasa de mortalidad por este padecimiento como indicador indirecto del alcoholismo, en 1980 la mortalidad debida a cirrosis hepática por 100,000 habitantes fué de 22.9 para la población total. Siendo esta tasa de las más altas en América-- por ejemplo, en un trabajo realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición se analizarón 2,394 casos de cirrosis hepática atendidos entre 1947 y 1975; de estos enfermos el --- 55.7% correspondieron a cirrosis alcoholica y el 36.5% a cirrosis post-hepática. De los casos con cirrosis alcoholica - el 93.75% eran del sexo masculino y el 79.56% presentó los - primeros signos clínicos de la enfermedad entre los 31 y 60 años de edad (Consejo Nacional Antialcoholico, 1985 pg 21.

A partir de las tasas de cirrosis de calculó en 1985- que en nuestro país el 5.7% de la población mayor de 20 -- años padece del alcoholismo lo que representaba una cifra- de 1.7 millones de alcohólicos (Consejo Nacional Antialco- hólico, 1985).

Otro dato importante a considerar es en cuanto a los- accidentes de tránsito causado por la ingesta de alcohol y al respecto, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes reporta que de 1979 a 1982, alrededor de un 4% de los ocu- rridos en carreteras federales, 7 sucedieron cuando el con- ductor estaba en estado de ebriedad. En los hechos de - - tránsito que se registraron en el Distrito Federal en 1983, la Procuraduría de Justicia del D.F. informa que el 15.85% ocurrió en estado de ebriedad, presentándose los fines de- semana la mayor incidencia.

Asimismo, según datos proporcionados por el Instituto- Nacional de Estadística, Geografía e Informática de la Se- cretaría de Programación y Presupuesto, menciona que los - suicidios que se cometen bajo los efectos del alcohol re-- presentan el 5% del total. Sin embargo, en un estudio rea- lizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría reporta -- que en 1979 en una muestra de 80 casos de suicidio que --

llegaron al servicio médico forense para su autopsia, se--
encontró que en 22 (28%) se evidenció presencia de alcohol
en sangre (Consejo Nacional Antialcoholico , 1985,pg. 23).
/ Por consiguiente, y de acuerdo a las estadísticas presenta-
das, esto nos permite obtener un panorama general respecto
de la problemática que genera la venta, distribución, epide-
miología y abuso en el consumo de bebidas alcoholicas en --
los diferentes sectores que conforman la sociedad a nivel -
nacional, lo cual trae consigo una serie de repercusiones -
físicas, psicológicas y sociales) que serán analizadas poste-
riormente.

Adicionalmente a lo expuesto, es importante mencionar -
que el cúmulo de propaganda por los diferentes medios de --
comunicación en ocasiones se realiza en horarios poco conve-
nientes para la familia mexicana, lo cual trae consigo que
algunos niños y/o adolescentes se integren tempranamente a -
este estilo de vivir ante una sociedad, en la cual el beber
es frecuentemente utilizado como una forma importante de -
convivencia social.

Por lo tanto, y a través de los datos estadísticos en -
los diferentes rubros mencionados, se hace importante seña-
lar que las concepciones del uso y abuso del alcohol , ya -

en la actualidad tiene repercusiones serias para nuestra -
sociedad, la cual en muchas de las ocasiones ha encontrado
a través de la ingesta de éste un escape a las diferentes-
situaciones difíciles por las cuales atraviesa nuestro - -
país actualmente, tales como el encarecimiento de la vida,
la pobreza, el desempleo, etc.)

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS Y EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO

El consumo de bebidas alcoholicas data aproximadamente — de la era terciaria según vestigios en semillas y hojas petrificadas. Perdido en la prehistoria queda el momento en — que el hombre pudo obtener vino del mosto de la uvas cocido — para la fermentación, pudiendo haber sido en el período cuando el hombre dejó de ser nómada y se hizo agricultor.)

Hay evidencias de que los árabes y hebreos de la antigüedad fueron los descubridores del alambique en el Siglo X pero no fué sino hasta 600 años mas tarde cuando el término de alcohol, en su acepción como aguardiente, empezó a usarse -- como sinónimo de bebida embriagante.

Posteriormente hacia el año 1300 los moros conquistadores de España, enseñaron a sus habitantes la forma de producirlo y pronto la producción de aguardiente 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. (Molina y Sánchez;194, pp. 211-212).

Por otro lado, hay evidencia de que en América antes de la conquista española hubo en nuestro país comunidades que -- obtenían bebidas alcoholicas mediante la fermentación del -- maíz, la chia, la anona y otras frutas y semillas, indepen--

dientemente de que, por ejemplo, los huicholes quemaban, asaban, tatemaban las pencas del maguey que ahora se conoce como mezcalero o tequilero, que no era entonces sino el primer paso para hacer el aguardiente, que tantos nombres tuvo y si que teniendo según la zona donde se produce. (Molina y Sánchez, 1984).

Sin embargo, "fueron los españoles los que trajeron a -- América los sistemas de destilación conocidos en el viejo -- continente y por tanto, los que introdujeron en el país el - uso y abuso de otras clases de bebidas embriagantes, entre - las que tuvo significación el "chinguirito" posteriormente - llamado aguardiente de caña porque se preparaba mezclando -- agua a las mieles negras extraídas de la caña de azúcar; en - aquella época, las mieles eran vertidas en cueros de res y - se colocaban en cuartos oscuros para apresurar su fermentación. "(Molina y Sánchez 1984, pp. 211-213) lo anterior es franca evidencia de los inicios de la destilación después de la conquista y con ello una diversidad de bebidas a base de la destilación.

Así también, otra de las bebidas tradicionales que tiene sus orígenes en nuestro país es el Octli o pulque, que según los códigos de nuestros antepasados era utilizado como un intoxicante ritual, líquido sacrificial, legendaria madre nutricia

de los mexicanos, vino sagrado para los guerreros vencidos que iban a inmolar, bebida de los valientes y de los sabios, siendo algunas acepciones que los aztecas le atribuían a tal bebida hasta que ocurrió el desplome de su civilización debido a la conquista que realizaron los españoles, - fué entonces cuando el octli perdió su antigua condición de preeminencia ceremonial,.... su dignidad de vino de los -- dioses.... para volverse la bebida popular que se denominó "pulque". (Molina y Sánchez;1984 pp. 16-17).

Partiendo de lo anterior podría suponerse que lo que originalmente en nuestros antepasados era considerado como una bebida que tenía características religiosas hoy en día solamente en algunos lugares sigue ocupando un lugar -- muy importante en el ritual de algunos grupos indígenas, - ya que se le usa en muchas ceremonias de curación y se le encuentra formando parte de un complejo sistema de cohesión al beberse mezcal, aguardiente o pulque para consolidar en tre otras cosas algún asunto (Benavides 1982; citado en - Limón y Trujano 1983, pp.2). Y en las comunidades mestizas, campesinas, el alcohol ha cambiado su acepción integrándose a la vida rutinaria de los individuos la cual influye - en forma determinante en la conducta de estos ya que al no tener actividades de otra índole la manera por la cual pue de integrarse al grupo es a través de la bebida.

Consecuentemente es en el mundo urbano donde se ha visto que el constante aumento en el consumo y abuso de bebidas alcoholicas se ha debido generalmente a que el beber forma parte distintiva y se ha considerado como una tradición y " el medio urbano ha configurado ya todo un ritual formado de convenciones y racionalizaciones para que el ciudadano se inicie, sea conocedor y virtualmente un "artista bebedor" y el entorno social ha inscrito todo un proceso de aprendizaje colectivo en relación a su uso" (Villamil P. y Sotomayor; 1980, pp 15-17) presentándose la ingestión de bebidas alcoholicas en la mayoría de nuestras circunstancias de convivencia social, por ejemplo, en las graduaciones, fiestas de XV años (o más o menos años) bautizos, comidas de negocios, reuniones familiares, actividades deportivas, la cita en la pulquería o cantina después de la raya, etc.

El uso de alcohol en las diversas modalidades como se hizo mención en el párrafo anterior tiene sus escenarios -- muy particulares, siendo en el habitat urbano donde se encuentran las pulquerías, cantinas, los "toreos", centros -- nocturnos, etc, y en casos como éstos la ubicación del lugar y el lugar mismo presentan características que de algún modo reflejan los atributos socio-economicos de la zona y de los habitantes. (Villamil P. y Sotomayor, 1980). Así mismo en las zonas rurales existen escenarios semejantes los cuales se establecen de acuerdo al status social que la gente

representa en estas diferentes zonas, pudiéndose observar que - los lugares más comunes son las fiestas del pueblo que van - desde las religiosas hasta las de índole particular donde -- por lo general la mayoría de la gente del pueblo es invitada, así como también el habitat es diferenciado en cuanto a los- lugares que se frecuentan, ya sean cantinas, pulquerías, etc.

Por otro lado, en muchas ocasiones se recurre a la inges- tión de alcohol en forma de licor o destilado debido en gran parte a tensiones emocionales que no pueden superarse por -- falta de una "adecuada madurez emocional" que se sirve de la ingestión de ést como un conducto para "perder el contacto- con la realidad" que generalmente se muestra frustrante y -- tensionante ante los diferentes conflictos que se presentan- en la vida cotidiana de un sector de individuos (Guerra G., - 1977; pp. 23-26).

Es un ejemplo representativo de ésta problemática la elevada proporción "de camas de hospitales ocupadas año tras año por las víctimas físicas y mentales de la dependencia al alcohol a las que hay que añadir también las que quedan mu tiladas en distintos accidentes y sobre todo los de tránsito, directamente causados por los excesos en la bebida por parte de los conductores". (Benavides, 1982; citado en Limón y Tru jano, 1983. pg. 3). Asimismo "a nivel mundial, se conoce que

el alcoholismo causa tres de cada diez accidentes de trabajo, dá lugar a pérdidas en la producción y en algunos países es la causa principal de la criminalidad. El exceso en el consumo puede dar lugar también a cirrosis hepática y supone, - además, una pesada carga para los servicios de salud de todo el mundo (en Australia por ejemplo cerca de la mitad de los enfermos admitidos en establecimientos psiquiátricos sufren sus efectos" (Madeley, 1981; citado en Limón y Trujano, 1983 - pg. 4).

Por lo tanto, la ingestión de bebidas embriagantes que en nuestros antepasados y en el viejo continente se consideraban con características religiosas e inclusive curativas, en la actualidad resurge como estimulante en algunas ocasiones sociales y/o agente desinhibidor que permite al individuo liberar a través de su ingesta síntomas como la depresión, ansiedad, temor, autodevaluación, etc.

ENFOQUES TEORICOS Y DEFINICIONES DEL ALCOHOLISMO

Como consecuencia de la problemática que actualmente genera la ingesta inmoderada de alcohol ha surgido la necesidad de que diferentes disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la antropología, la sociología y la medicina entre --- otras hayan intentado abordar la enfermedad desde sus puntos de vista muy particulares, como por ejemplo:

- a) El punto de vista biomédico ha considerado que el alcoholismo "es una alteración metabólica indefinida que causa una necesidad primaria de ingerir alcohol" a este respecto considera dicho enfoque que el alcoholismo es representado en un individuo cuando "el consumo de alcohol excede los límites aceptados por su cultura, y si lo ingiere en situaciones vedadas por idiosincrasia o si ésta ingesta se vuelve frecuente y excesiva que perjudique su salud o sus relaciones sociales" (Villamil R. Sotomayor J. 1980 - pp. 22-25).
- b) El enfoque psicosocial considera que el alcoholismo es el resultado de alteraciones emocionales y privaciones en la infancia y en la adolescencia con la consecuente inmadurez emocional y que el consumo del alcohol obedece al deseo de resolver el sentimiento de inseguridad "considerando que el alcoholico se encuentra bajo los efectos del alcohol para relajar sentimientos tales como inseguridad, -

inutilidad, inferioridad o depresión" (Villamil R. y Sotomayor J.;1980, pp. 26-27).

c) El enfoque sociológico considera que los "factores que comúnmente se designan como sociológicos y que intervienen en el fenómeno del alcoholismo son aquellos elementos culturales de cada grupo y organización social que conforman una determinada manera de racionalizar o justificar el uso del alcohol" (Villamil R. y Sotomayor J.;1980,pg. 27) y la manera que realizan o justifican el uso del alcohol está en función de la diferentes sociedades, culturas, subculturas, grupos étnicos y religiosos.-"Siendo los propósitos para los cuales se usa el alcohol, religiosos, culinarios, psíquicos, ceremoniales, tradicionales, sociales e incluso medicinales"(Villamil R. y Sotomayor J.;1980,--pg. 27).

Así también se han hecho consideraciones de diferentes asociaciones al respecto de la problemática en cuestión y realmente ninguna ha llegado a distinguirse por su acepta---

ción universal, debido a lo multifactorial del problema; sin embargo, a continuación se mencionarán algunas de las definiciones al respecto:

En el Seminario Latinoamericano sobre el alcoholismo organizado por la Oficina Sanitaria Panamericana se consideró al alcoholismo como: "un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia psicológica y física al alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales. --- 1) La incapacidad de detener la ingestión del alcohol una vez iniciada y 2) la incapacidad de abstenerse de beberlo".

Otra definición que se ha considerado es la enunciada -- por la Asociación Médica Americana y en la que incluyen variables económicas y sociales que son también fundamentales -- como expresión de la enfermedad. Y define al alcoholismo -- como "una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber: por su cronicidad, su progresión y su --

tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional y/o desajustes sociales como una directa consecuencia del uso excesivo y persistente del alcohol" (Guerra y G.;1977, pp. 47-48).

A este respecto, ésta definición incluye un aspecto importante ya que se asocia con cualesquiera deficiencia física lo cual podría considerarse válido ya que en mucha gente este tipo de defectos físicos acentúan estados de auto-devaluación, inferioridad e incapacidad de interacción con su medio social.

Así también, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1952 consideró como definición del alcoholismo la siguiente: "los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presenta los indicios de tales manifestaciones" (Velazco Fernández,1981; pg. 24).

Sin embargo, la que se considera más aceptada por diferentes disciplinas y destacados especialistas es la del Dr. Mark Killen del Centro de Estudios sobre Alcohol de la Universidad de Rutgers expresada en 1958, la cual dice que "el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales o con su capacidad para su trabajo" (Velazco Fernández;1981, pg. 25).

Por último la psicología conductual describe al alcoholismo como "una condición crónica en la que el individuo es incapaz (por razones físicas o psicológicas) de abstenerse del consumo frecuente del alcohol en cantidades suficientes para intoxicarlo, dañar su salud, deteriorar sus relaciones sociales, y su rendimiento laboral; (Sarason I.G., 1975; citado en Limón y Trujano;1983, pg. 9).

Por consiguiente, se considera conveniente que toda la -

metodología utilizada para realizar investigaciones tendientes a abordar la problemática del alcohol, sean las que fueren, deben tomar en cuenta dos aspectos fundamentalmente: - a) basarse en un enfoque psicosocial, aceptando que el individuo es un ser social con características individuales y sociales íntimamente relacionadas. b) estar consciente de que las características individuales y sociales guardan una relación directa con el sistema socio-económico y que de alguna manera influyen en el individuo para racionalizar el uso del alcohol como un símbolo distintivo de prestigio, de honra, de machismo, etc.; de acuerdo con los atributos socio-económicos de éste.

CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)- incluye dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades, al alcoholismo como cabeza de grupo dentro de los -- "desórdenes de la personalidad y otros desórdenes mentales - no psicóticos", asimismo, la American Psychiatric Associa---tion ha subdividido al alcoholismo en 3 capítulos a saber: -

- 1) Ingestión excesiva del alcohol, de carácter episódica; -
- 2) Ingestión excesiva del alcohol, de carácter habitual; --
- 3) Adicción al alcohol; siendo ésta la característica del - verdadero alcoholismo. (Guerra G.,1977 pg. 40).

Otro de los criterios para clasificar las distintas formas del alcoholismo obedece a la observación clínica en relación con la periodicidad de la intoxicación, considerándose dos grandes grupos: A) el alcoholismo intermitente, caracterizado por la incapacidad para detenerse una vez que se ha - iniciado la ingestión del alcohol y que cursa con períodos - variables de abstinencia y b) el alcoholismo inveterado, que se caracteriza por la pérdida de la libertad para abtenerse de ingerir alcohol, por lo que tiene que hacerse cotidiana-- mente. (Guerra G.,1977 pg.41).

Sin embargo, el criterio que inicialmente consideró el - nivel de gravedad del alcoholismo es el que destaca Jellinek (1946), el cual reconoce cuatro grupos:

- a) El alcoholismo neurótico, con problemas subyacentes previos, afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos interiores relacionados con la ansiedad y la frustración, para quien el alcohol representa un tranquilizador efectivo.
- b) El alcoholismo no complicado, caracterizado por una alcoholización habitual y continuada que en ocasiones no llega a la embriaguez completa. El bebedor se inicia en el hábito y continúa en él por gusto, imitación, entretenimiento o para ser aceptados por otros individuos, su uso excesivo generalmente los lleva a una dependencia fisiológica.
- c) La alcoholomanía; caracterizada por un estado permanente y progresivo de deseo imperioso de ingerir bebidas alcohólicas, en el que el paciente muestra una incapacidad total para abstenerse de hacerlo, una vez que ha empezado.
- d) Alcoholismo con incapacidad de abstenerse de beber; se inicia con bebedores habituales gravemente intoxicados durante muchos años, donde generalmente presentan complicaciones orgánicas y típicas (Guerra y G., 1977 pp. 41--42) y posteriormente el mismo Jellinek (1960) desde otro punto de vista, define al "alcoholismo como cualquier --

empleo de bebidas alcoholicas que cause un daño al individuo a la sociedad o a ambos" considerando adicionalmente al alcoholismo no como una sola entidad sino que distingue cinco categorías principales:

- I El alcoholismo alfa.- "El cual representa una dependencia o confianza continua, puramente psicológica; en la que se utilizan los efectos del alcohol para aliviar el dolor -- corporal o emocional, sin pérdida del control del individuo o con la capacidad de abstenerse "(Jellinek 1960; citado en A. Yates, 1973, pg. 349).

- II El alcoholismo beta.- "Es aquella clase de alcoholismo en la que pueden ocurrir en el individuo complicaciones alcoholicas tales como polineuropatías, gastritis y cirrosis hepática, sin dependencia física ni psicológica del alcohol" (Jellinek, 1960; citado en A. Yates, 1973 pg. 349).

- III El alcoholismo gama.- "Se refiere a aquella clase de alcoholismo en la que interviene: a) aumento adquirido en la tolerancia tisular al alcohol; b) metabolismo celular adaptativo; c) síntomas de aislamiento y "apetito" es decir dependencia física, y d) pérdida del control" (Jellinek 1960; citado en A. Yates, 1973 pg. 349).

IV El alcoholismo delta.- Manifiesta las tres primeras características del alcoholismo gama, y la cuarta característica que se refiere a la pérdida de control se convierte en "Incapacidad de abstenerse" (Jellinek, 1960; citado en Yates, 1973 pg. 349).

V El alcoholismo Epsilon.- "Se refiere a crisis periódicas del alcoholismo" y aunque Jellinek no especifica claramente esta fase del alcoholismo podría ser claro el hecho -- de que en ésta existen ambas dependencias psicológica y física y consecuentemente la incapacidad de abstenerse de beber alcohol (Jellinek, 1960; citado en Yates, 1973 pg. 350).

Por consiguiente, parece ser que dentro de los criterios antes señalados en cuanto a las distintas formas de clasificación al respecto del alcohol, las mencionadas por Jellinek -- parecen ser las más acertadas debido a que no considera al alcoholismo como un ente individual sino como una problemática multidimensional, en donde se consideran los tres aspectos; físico, psicológico y social como generadores de la adicción al alcohol.

POSIBLES FACTORES QUE INDUCEN EL EXCESO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

La conducta de beber alcohol en sus diferentes formas que van desde beber socialmente hasta el alcoholismo crónico, lleva consigo una etapa evolutiva que por sus orígenes, es complejo encontrar las causas que originan esa dependencia hacia el alcoholismo. Diferentes investigaciones han demostrado que el fenómeno no es generado por una causa única, sino que incluyen diferentes causas y una multiplicidad de factores actuales y pasados en la historia de interacción del individuo, que facilitan la ingesta de una manera no adecuada para la sociedad -- por parte de éstos. Autores como Velazco Muñoz, han considerado al alcoholismo como un problema multifacético y multicausal -- que rebasa el campo de la salud individual del bebedor, afectando de múltiples maneras todas las esferas de su vida familiar y social.

El consumo del alcohol, pues, 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. "Por lo que el fenómeno de alcoholismo debe ser analizado dependiendo del papel del alcohol como factor de cohesión e integración social y su participación -- como elemento de prestigio, de interacción, de respeto , etc." (Velazco M. ,1983 pp. 58-59).

En general, el hablar de las causas sociales que influyen

en la génesis y desarrollo del alcoholismo resulta sumamente complicado puesto que como ya se mencionó, no existe una relación causal única dado que no puede decirse que solo los factores sociales influyen en esta problemática sino que dentro de estos hay que considerar la existencia de factores orgánicos o fisiológicos, psicológicos y socioculturales al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, los cuales a continuación se mencionan:

- a) Factores Fisiológicos.- Existe una serie de investigaciones efectuadas con todo rigor en diferentes campos de la fisiología que van desde "la teoría de la alergia la cual postula la existencia de un factor humoral específico que sensibiliza para el alcoholismo" (W. Haggard 1947; citado en Guerra G., pp. 36); la teoría llamada genotrófica "la cual postula ciertas deficiencias hormonales, o un desequilibrio endócrino específico" (Williams, 1959, citado en Guerra G. 1977 pp. 36) y recientemente la existencia de una hipótesis "la cual considera que en los individuos alcohólicos existe un defecto en el metabolismo del acetaldehído sustancia que constituye el primer paso de la cadena metabólica del alcohol, lo que daría por resultado la producción de ciertos compuestos en el organismo que son precursores de los alcaloides opiáceos." Parece ser entonces que el organismo produce sus propias sustancias-

adictivas y que existieren bases fisiológicas comunes a -- todas las formas de farmacodependencia, lo que a su vez -- explicaría por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia la tolerancia no solo al alcohol sino también a otras drogas (Davis y Walsh, 1970; citado en Guerra G., 1977.pg. 27).

b) Factores Psicológicos.- Dentro del plano de la multiplicidad de factores que influyen en el abuso del alcohol se encuentran los de índole psicológico, que generalmente revisiten gran importancia para entender este fenómeno que generalmente se presenta ante la interacción del individuo con su medio ambiente, Velazco F. señala que " es necesario tener en cuenta que el alcohol tranquiliza, disminuye o suprime sentimientos desagradables; la angustia y la depresión y que estos se manifiestan como sensación de vacío vital, sentimientos de frustración, inseguridad, autodevaluación, etc." (1983 pp. 153-154).

A este respecto, diferentes estudios psicológicos de orden clínico resaltan que las características más comunes y --- predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes; se trata de personas "neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduros, tendientes al aislamiento , dependien-

tes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad".(Guerra G., 1977 pg 39).

- c) Factores Socioculturales.- Abordar estos factores necesariamente es involucrar a la misma sociedad en donde se desarrolla el individuo, aspecto importante debido a que en la mayoría de las ocasiones la misma sociedad --- "condiciona el uso y abuso de las bebidas embriagantes,- creando la tensión y tolerando su consumo para aliviarla" (Yuste T.J.,1986; citado en Velazco m., 1983 pg 57).

Sin embargo el abuso y consumo excesivo del alcohol generalmente deteriora las diferentes áreas de interacción -- del individuo como la familiar, laboral y social, considerando que dentro del aspecto social lo mismo afecta a la clase marginada como a la clase burguesa, encontrándose aspectos como desintegración familiar, divorcio, bajos ingresos familiares, y en ocasiones pobreza.

Por otro lado, una de las explicaciones desde el punto de vista social que han apoyado el origen del abuso en el consumo del alcohol por parte de un grupo determinado de individuos, es la evolución de estos a través de su historia de interacción, la cual implica desde el mismo nacimiento hasta la muerte, donde encontramos que los diferenen

tes enfrentamientos con el medio ambiente, determinan en gran medida las conductas posteriores del individuo, aspectos como el aprendizaje, valores, normas, costumbres, tradiciones, y en general todos los elementos del llamado proceso de socialización, (Velazco M., 1983 pp. 60-61).

Por lo que todas las experiencias individuales, que provengan de la familia o del medio ambiente constituyen pues, el proceso de la personalidad del individuo, donde encontramos que si las experiencias adquiridas durante este proceso son generalmente negativas probablemente desarrollarán desórdenes en la conducta.

Aspectos como la actitud y la conducta de los padres hacia la bebida, el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento y otros contribuyen a la insatisfacción y desorientación del individuo lo cual en la mayoría de las ocasiones genera diferentes conductas desadaptativas de éste a su medio y en algunas situaciones redundando en la búsqueda de satisfactores individuales los cuales son encontrados a través de la ingesta repetida e inmoderada de bebidas alcohólicas y/o diferentes farmacos.

Por consiguiente, es importante dentro de las posibles estrategias de intervención con fines de disminuir la ingesta prolongada de alcohol, analizar aspectos como los antes citados, los cuales nos permitirán visualizar los posibles factores que inducen o favorecen la ingesta en un individuo y/o grupo cada vez mayor dentro de nuestra sociedad.

TEORIA DEL ANALISIS EXPERIMENTAL Y FUNDAMENTO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Diversos estudios de origen conductual han tratado la problemática del alcoholismo bajo diferentes enfoques teóricos que van desde el condicionamiento clásico, hasta terapias conductuales como la asertividad, la cual en ocasiones se acompaña de la técnica en relajación como elemento complementario de ésta.

Siendo argumentos válidos para abordar esta problemática el hecho de que el abuso del alcohol por parte de un grupo de individuos en muchas ocasiones responde a ciertas deficiencias conductuales manifiestas como la ansiedad, -- los temores, miedos, etc., que inhiben el comportamiento del individuo ante la interacción con su medio ambiente y que una manera de poder manifestar las "emociones" reprimidas es a través de la ingesta repetida de alcohol.

Por lo que en este sentido y a fin de plantear de una manera apropiada esta problemática, se realiza una revisión teórica al respecto de la génesis y mantenimiento de estas deficiencias y la forma en la cual pueden ser tratadas con fines de rehabilitación.

Existen razones para creer que una serie de conductas inadecuadas como las antes mencionadas tienen su origen en las diferentes situaciones enfrentadas por el individuo a

traves de su evolución psicológica, y a este respecto "la--
teoría conductual es congruente con este planteamiento debi--
do a que ésta considera al comportamiento como la misma con--
ducta manifiesta que responde a diferentes situaciones de -
estímulo, considerando que la conducta puede cambiarse y --
que esas leyes de cambio tienen aplicación práctica en el -
individuo "(Feusterheim y Baer; 1975). En este sentido se
hacen aseveraciones de que el organismo humano responde a -
una serie de estímulos, los cuales influyen en el desarro--
llo de ciertas actitudes que determinan estados en el indi--
viduo ante su medio ambiente.

Particularizando y haciendo referencia a esos estímulos
que generan ciertas respuestas estereotipadas en el indivi--
duo se ha considerado que "cada estímulo sensorial lleva a--
una multiplicidad de consecuencias nerviosas que culminan -
en diversas combinaciones de respuestas motoras, autónomas
y perceptuales y cada una de ellas tiene a su vez caracte--
rísticas de estímulo que producen otras respuestas "(Wolpe--
J., 1977,pg.29) ejemplo de ello es el hecho de que en "el -
ser humano un estímulo exteroceptivo, ya sea un destello de
luz ó la vista de una mujer bonita produce un complejo de -
respuestas perceptuales, autónomas y motoras "Wolpe J., -
1977 pg.29).

Ahora bien, por otro lado es importante considerar que esa
serie de estímulos que en ocasiones condicionan a los seres

humanos a responder de una manera diferenciada de acuerdo a su historia de interacción tiene su origen en lo que ya Pavlov consideraba como reflejos condicionados, en el sentido de que un "estímulo que no forma parte de una relación refleja puede convertirse en un estímulo condicionado para una determinada respuesta, si varias veces se le asocia temporalmente con un estímulo incondicionado el cual ya posee la propiedad de producir la respuesta. (Ulrich y Cols, -- 1972,pg.52)

Considerándose entonces que cuando se ha condicionado un estímulo, este puede generar a través del recuerdo o idea por ejemplo de una sustancia ingerida o hechos particulares del individuo anteriores, el mismo efecto que aquel que se produciría si éstas sustancias estuvieran realmente presentes. De tal manera, la visión o inclusive la idea de un alimento o bebida como el alcohol, vino, cerveza, etc., en el caso del alcoholico causa un efecto inusitado en el organismo manifestándose como el deseo imperioso de comer o beber determinada sustancia.

Por consiguiente, entonces, podría ser probable el hecho del porqué en ocasiones la gente habituada al alcohol responde a una serie de estímulos como los comerciales de T.V., incitando el beber a través de modelos que muestran situaciones placenteras etc., pareciendo ser que este tipo de respuestas han sido condicionadas por eventos pasados.

Este tipo de evidencias han sido abordadas por diferentes teóricos conductuales a fin de descondicionar el hábito al alcohol, utilizando el condicionamiento clásico de diferentes maneras, como por ejemplo el condicionamiento aversivo con drogas (Voegtlin y Cols., 1940; citado en Yates, 1973 , pg.354) condicionamiento clásico con parálisis (Campell y -- Cols. 1964; citado en Yates, 1973, pg. 356), y otros, encontrando resultados poco alentadores debido a que en este tipo de tratamientos hay que considerar una multiplicidad de aspectos como el que los pacientes no tengan trastornos físicos ni psiquiátricos y que adicionalmente (Voegtling y Broz, 1949; citado en Yates, pg. 357)"consideran que los pacientes deben tener características como el ser mayor de edad, estar casados, poder pagar, venir de una área rural y tener un período de abstinencia previo".

Sin embargo, si las aplicaciones del fenómeno del condicionamiento se limitaran a la transferencia de efectos reproductores de un estímulo reflejo, a otro de distinta naturaleza, la importancia de este campo para comprensión de la conducta humana sería muy pobre, debido a que la mayor parte de la conducta que interesa a la sociedad no puede enmarcarse en el paradigma del reflejo, sino a una extensa gama de actividades "voluntarias".

En este sentido, B.F.Skinner (1938), considero siguiendo-

los principios del reflejo, el condicionamiento operante, - en donde lo importante en éste son "las características de las respuestas del organismo lo que se relacionaría con el reforzamiento...ejemplo experimental utilizado originalmente fué el de la opresión de la palanca (respuesta) que puede fortalecerse si se acompaña con comida (reforzamiento). En donde lo importante no es la visión de la palanca sino - la opresión de la misma, y su relación con el estímulo re--forzante. En el condicionamiento operante el reforzamiento no puede producirse a menos que aparezca la respuesta con--dicionada , por lo que el reforzamiento depende de la res---puesta" . (Skinner 1938; citado en Hilgard y Bower, 1966, pg. 130-131).

Y en este sentido se ha considerado al reforzamiento, como todo aquel estímulo que aumenta la posibilidad de una -- respuesta, y éste se ha denominado de dos clases; a) reforzamiento positivo, el cual se define como aquel estímulo que aunado a una situación, fortalece la posibilidad de una respuesta operante. La comida, el agua, el contacto sexual, - entran en esta clasificación b) reforzamiento negativo.-el cual es todo estímulo que cuando se elimina de una situa---ción, fortalece la probabilidad de una respuesta operante.- Un ruido fuerte, una luz muy brillante, el calor o el frío excesivo, un choque eléctrico, se clasifican como tales re--forzadores. (Hilgard y Bower, 1966 , pgs. 134 - 135). A este respecto hay infinidad de experimentos que han demostra-

do la importancia que tiene el condicionamiento operante - en diversas conductas del individuo, las cuales van desde conductas inadecuadas como el miedo, temor, fobias, conflictos familiares, etc., hasta terrenos poco explorados como la histeria, las obsesiones, la neurosis, etc., que caen dentro de los trastornos psiquiátricos.

... "Y ha considerado (Skinner 1953) que la necesidad de que la psicoterapia conductual exista, constituye una especie de producto derivado del control excesivo ejercido por la demás gente (en particular, por medio del castigo) el cual genera resultados secundarios en el individuo que puede ser emocionales (miedo, ansiedad, enojo, furor o depresión) o puede manifestarse en la conducta operante (drogadicción, conducta extremadamente enérgica o reprimida, discriminación defectuosa de estímulos, autoconocimiento incompleto, auto - estimulación aversiva. "(Hilgard y Bower, 1966, pg. 156).

Sobre esta perspectiva y enfatizando la problemática - que nos ocupa, algunos autores han utilizado diferentes argumentos de origen conductual con fines terapéuticos para reducir el nivel de ingesta en alcohólicos, entre las cuales se encuentra la asertividad, la cual es punto de consideración en esta tesis, de acuerdo a evidencias manifiestas en un centro antialcohólico denominado Centro de Adap-

tación Humana, y sobre la cual se mostrarán algunos argumentos que apoyan esta postura; se encontró que existen indicios que demuestran la carencia de ciertas habilidades sociales, por ejemplo: de acuerdo a las manifestaciones hechas por pacientes, se muestran conductas como un miedo a caer en el ridículo al hablar ante un grupo de gentes; la imposibilidad de interactuar entre un grupo de amigos en algún evento social; la interacción con una pareja del sexo opuesto con fines de "conquista"; la imposibilidad de responder adecuadamente ante algún conflicto en su vida cotidiana, trabajo, hogar, etc.; manifestándose inmediatamente en forma agresiva, lo cual les causa según opinión de los pacientes "conflictos internos" que incomodan o propician a seguir bebiendo por resentimiento o coraje.

Por lo tanto, y de acuerdo a las conductas no apropiadas manifiestas de los pacientes, existen argumentos válidos que demuestran que estas características generalmente son propias de algunos individuos alcohólicos, y en este sentido algunos autores han encontrado evidencias como las que "los adolescentes pre-alcohólicos son menos diestros en términos sociales que los bebedores ocasionales de su misma edad, asimismo se evidencia que los pre-alcohólicos generalmente carecen de modelos masculinos apropiados durante su primera infancia". (O'Leary y Cols., 1976; citado en Roth --

1983). Los mismos autores señalan que las recaídas una vez--
terminado el tratamiento de rehabilitación eran más proba--
bles entre alcoholicos con deficiente repertorio de conduc--
tas sociales" debido probablemente a la ausencia de alternati
vas de acción correspondiente". (O'Leary y Cols.,1976; citad
do en Roth, 1983, pg.9)

Asimismo se han hecho observaciones en cuanto a la re-
lación existente entre la asertividad y la conducta de beber
de pacientes psiquiatricos en situación de laboratorio "en--
contrándose resultados que indican una significativa correlaci
ción negativa para los alcoholicos, entre aserción negativa-
y consumo de alcohol en la situación de laboratorio, es de--
cir a menor asertividad evidenciada por el paciente, mayor -
era la cantidad de alcohol que bebía en la situación experi-
mental" (Miller y Eisler 1977; citado en Roth 1983,pg.10).

Así también se ha encontrado evidencias de tratamiento
asertivo a través del ensayo conductual . (Lazarus 1975; ci-
tado en Roth,1983).

Intentos similares también fueron reportados utilizan-
do juego de roles en entrenamiento a alcoholicos para mane-
jar adecuadamente aspectos sociales, "el programa enfatiza-
ba en primera instancia el desarrollo de habilidades inter-



personales y la reducción de la ansiedad social" (Mc.Breaty y Cols., 1974; citado en Roth 1983, pg. 12) y a este respecto - Wolpe (1958) consideró que mientras se reforzara la conducta motora por sus consecuencias sociales favorables se reduciría la respuesta de ansiedad. (citado en Wolpe J., 1977 -- pg. 97).

IZT 1001040

Asimismo, considerando al entrenamiento en habilidades sociales como un entrenamiento un tanto exitoso en la rehabilitación de alcohólicos, y de acuerdo a evidencia que existe en cuanto a que la rehabilitación que se llega a obtener de los pacientes mediante psicoterapia en el citado centro, alcanza aproximadamente un 40% (medido en base a las recaídas de estos pacientes), se consideró importante aplicar un entrenamiento de estas características a través de una modalidad la cual ha sido exitosamente probada en sujetos no asertivos en condiciones naturales, desarrollada por Goldstein (1977), la cual comprende un paquete instruccional sobre el entrenamiento de habilidades sociales denominado "Aprendizaje Estructurado", habiéndose empleado también exitosamente en una investigación realizada por Roth (1983), con sujetos escolares no asertivos, por lo que sobre ésta línea se aplicó los mismos principios del aprendizaje estructurado en sujetos alcohólicos en rehabilitación, considerando tal entrenamiento como una fase adicional a la terapia que se proporciona en el citado centro.



ANTECEDENTES DEL LLAMADO
CENTRO DE ADAPTACION HUMANA

CAPITULO III

ANTECEDENTES DEL LLAMADO CENTRO DE ADAPTACION HUMANA

El presente estudio fue realizado en las instalaciones de un centro antialcoholico denominado Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, el cual presta servicios a la Empresa Paraestatal Petroleos Mexicanos, el que se describe a continuación:

En el año de 1977 Petroleos Mexicanos a través de su Gerencia de Servicios Sociales funda un Departamento con un programa muy especial para tratar de disminuir el índice de alcoholismo laboral, en esa fecha y por iniciativa de su Director General, el Ing. Jorge Díaz Serrano, se dieron a la tarea conjuntamente la citada Gerencia y personal especializado para desarrollar un programa para estudiar los problemas que se derivan del alcoholismo y las consecuencias que se interrelacionan con los índices del ausentismo, accidentes de trabajo y la productividad de los recursos humanos.

En octubre de ese año, entra en funciones el primer centro de Adaptación Integral y Superación Humana, actualmente denominado Centro de Adaptación HUMana, el cual a la fecha se encuentra ubicado en la Av. Ejército Nacional No. 250 Col. Anzures, cerca del Centro Administrativo de Petróleos Mexicanos, con una plantilla de personal que presta --

sus servicios y se encuentra bajo el régimen de contrato individual por servicios profesionales.

Posteriormente, en el año de 1979 y debido a la importancia de las actividades de ese Centro y la repercusión en la rehabilitación del personal con problemas de alcoholismo, se consideró importante crear otros centros de servicio en las distintas áreas Petroleras del País, creándose el centro No. 2 ubicado en la Cd. de Reynosa, Tamps., en la calle de Boulevard Lázaro Cárdenas No. 980, Col Anzaldúas, que va cubrir parte de la Zona Norte.

A principios del año de 1980 se programa el Centro No. 3 de Poza Rica, Ver., en la Calle 2 de Enero No. 1028, Col. Sta. Elena, y su apertura fue en el mes de abril del mismo año.

Asimismo, y en vista de la demanda en otras zonas petroleras se inician en julio del año de 1980, las actividades en el centro No. 4 en Salamanca, Gto., situado en la calle del Nanchital No. 1005 Col. Bellavista y que actualmente labora en las Calles de Arbol Grande No. 1004 Col. Bellavista.

Originalmente estos centros se encontraban dentro de la estructura orgánica de la Gerencia de Servicios Sociales, sin embargo en agosto de 1980 al reestructurarse ésta, y cambiar de denominación de Gerencia a Unidad, se consideró la conveniencia de que no aparecieran dentro de las características y disposiciones de la Ley Federal de Trabajo y lo que se establece en el Contrato Colectivo de Trabajo, celebrado con el S.R.T.P.R.M. (Sindicato Revolucionario de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana), quedando los centros como una entidad con dependencia económica y funcional de la Unidad de Servicios Sociales.

Así también se consideró que los requerimientos mínimos de personal necesario para cubrir las necesidades del centro son los siguientes:

- 1 Coordinador

- 1 Subcoordinador

- 4 Rehabilitadores (Orientadores en alcoholismo)
- 1 Médico capacitado en alcoholismo
- 1 Psicóloga
- 1 Secretaria
- 1 mensajero
- 1 Trabajadora Social
- 1 Orientadora para señoras
- 1 Orientadora para adolescentes

Sin embargo actualmente y de acuerdo con los lineamientos fijados por el Gobierno Federal en cuanto a las medidas de austeridad dictadas para sus empresas paraestatales, hubo necesidad de restringir la plantilla de personal de los citados centros, quedando integrados por profesionales:

- 1 Director: el cual coordina las actividades del personal; con amplia experiencia en el tratamiento de alcohólicos.
- 1 Psicólogo para atención de adolescentes.
- 1 Psicólogo para atención de familiares adultos.
- 1 Psicólogo para atención de terapia grupal
- 3 Psicólogos para atención de terapia individual.

A excepción de los centros foráneos que cuentan adicionalmente con dos orientadores en alcoholismo.

No obstante y a pesar de las restricciones enunciadas, - la atención en los citados centros, no ha desmerecido ya que se han reubicado funciones para cumplir con los programas - internos de atención al personal que necesita de los servi-- cios.

DESARROLLO DEL ENFOQUE SELECCIONADO

CAPITULO IV

OBJETIVO

Al finalizar la intervención, los pacientes alcoholicos poseerán un repertorio de habilidades sociales que les permita disminuir la probabilidad de ingesta a través de la aplicación de los principios del aprendizaje estructurado, pudiéndose observar la repercusión del entrenamiento en la fase de tratamiento psicoterapéutico llevado en el Centro de Adaptación Humana. (C. A. H. U.).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los pacientes a través de la adquisición de habilidades sociales enfrentarán situaciones reales en el ámbito social, laboral y familiar y con ello habilidad para rechazar situaciones del medio ambiente que condicionan la ingesta

Al finalizar el entrenamiento los pacientes adquirirán un repertorio de habilidades sociales que les permitirá una interacción congruente con el grupo en fase de tratamiento psicoterapéutico.

Generalizar a partir de los hallazgos utilizados por Roth (1983) empleando los principios del aprendizaje estructurado en sujetos escolares no asertivos, la efectividad de estos en sujetos alcoholicos en rehabilitación.

HIPOTESIS No. 1 *Algunos sujetos*

A mayor habilidad social del grupo de sujetos elegidos -- que se encuentran en rehabilitación menor será el nivel - de ingesta en situación del medio ambiente social.

HIPOTESIS No. 2

Mientras más habilidad social adquieran los sujetos elegi dos para el estudio que se encuentran en rehabilitación - en el C.A.H.U., mayor será su integración a la terapia de grupo y con ello gradualmente a su medio ambiente social, familiar y laboral.

EVALUACION INICIAL

Esta evaluación se llevó a cabo con el fin de contar -- con evidencia que validara la necesidad de incluir un entrenamiento en habilidades sociales como parte de la terapia -- psicoterapéutica que se proporciona en el C.A.H.U., por lo que después de realizar cinco observaciones al azar (cuando hubo terapia de grupo) durante tres semanas, se encontró -- que existían deficiencias en conductas asertivas en rela---ción con su medio ambiente, lo que a simple vista pudiese---ser una causa del fuerte rechazo de los convencionalismos sociales tanto laboral como socialó familiar, ó debido a una carencia en el desarrollo de las habilidades sociales que -- no les permitían enfrentar situaciones reales que se suceden en su vida cotidiana.

Por lo que se inició integrando una muestra de sujetos-- mediante el muestreo no probabilístico intensional o selectivo (Rojas Soriano, 1977), de la siguiente manera; se sele---ccionaron sujetos que de acuerdo a las observaciones realizadas en la evaluación inicial se consideraron con deficien---cias en habilidades sociales, situación que se discute en el apartado de discusiones.

Posteriormente se aplicó una entrevista estructurada --- "Marlatt G.A. (sin fecha) sobre alcoholismo (anexo No.1) como evaluación inicial al grupo de sujetos asignados al entrenamiento para detectar conductas asociadas con la ingesta de alcohol.

METODO:

Sujetos.- Efectuada la elección, la muestra se constituyó de 7 hombres y 1 mujer cuyas edades fluctúan entre los 29 y 58 años con una media de edad de 32 años, todos ellos con un nivel socioeconómico medio, ninguno de los pacientes había antes tenido antecedentes de desórdenes mentales. Todos los pacientes tenían un promedio de ser bebedores excesivos de 12.6 años y su estancia en el Centro fluctuaba entre los 2 y 3 meses con una media de estancia en el mismo de 2 meses. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento psicoterapéutico el cual básicamente consistía en tres etapas a) terapia individual b) terapia grupal - - - c) seguimiento; y el tipo de terapia que se proporciona es psicoterapia motivacional la cual consiste básicamente en el esclarecimiento y confrontación de la problemática que genera el abuso del alcohol en relación con el medio ambiente y conflictos internos no manifiestos de los pacientes.

ESCENARIO.

El entrenamiento se llevó a cabo en el C.A.H.U., ubicado en Ejército Nacional No. 250 Col. Anzures, en un salón de 3.5m de ancho por 8.0m de largo, provisto de tres mesas de aproximadamente 2.5m de largo con 38 sillas, un pizarrón, tres lámparas con tubos fluorescentes que iluminan la -

habitación, tres ventanales de aproximadamente 2.5m de alto por 2.0 m de ancho y las condiciones de ruido son menores debido a que se encuentra éste a 20 m aproximadamente de la avenida más cercana.

FORMATOS

Se utilizó un formato de entrevista estructurada - - - Marlatt G.A."(anexo 1), un formato de registro de muestreo de tiempo (anexo No. 2), un formato para reporte de tareas (anexo 3), un cuestionario denominado de habilidades sociales Goldstein 1977), (anexo 4) y un cronómetro el cual se utilizó para registrar el tiempo de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales.

DISEÑO

Se utilizó un diseño pre-experimental para un solo grupo pre-test y post-test, el cual se constituye de una pre-evaluación y una post-evaluación. Castro L. (1977). En el cual se considera que con el solo hecho de medir la conducta (HABILIDADES SOCIALES) antes (pre-test) del tratamiento y después de éste (post-test) se puede comparar el índice de la conducta (habilidades sociales) de los sujetos.

El diseño que se propuso básicamente consistió, en situación de pre-test en la evaluación de un cuestionario de habilidades sociales Goldstein (1977) y posteriormente de acuerdo a las habilidades no asertivas detectadas con este instrumento de evaluación, la validación de las mismas en situación de juego de roles, fase entrenamiento aplicación del paquete instruccional denominado "aprendizaje estructurado" a fin de entrenar las habilidades determinadas como no asertivas y post-test medición del cambio de conductas no asertivas aplicando el cuestionario de habilidades sociales nuevamente, situación de juego de roles y evaluación de tareas.

SISTEMA DE REGISTRO

Se utilizó un registro de intervalo o bloque temporal en situación de juego de roles, en fase de pre-evaluación (pre-test) y en post-evaluación (post-test) a fin de registrar los componentes verbales, no verbales y categorías conductuales en ambas condiciones; dichos componentes son descritos en la variable dependiente y las categorías son las siguientes:

- Asertividad.- Definida como la conducta de mostrarse pa
ra permitir que otras personas conozcan lo que usted --
quiere, siente o piensa acerca de algo.

- Agresividad.- Definida como toda conducta física y ver-
bal asociada a una relación interpersonal como: pelear,
molestar, destruir, la búsqueda inadecuada de atención,
etc.

- Inasertividad.- Definida como toda conducta inadecuada-
que lleve implícita dejar de ejercer sus derechos o de-
actuar de acuerdo a sus sentimientos.

Se utilizó este tipo de registro debido a que tiene las características de poder registrar una conducta en un intervalo de tiempo dado, por ejem., tiene la particularidad de - que un intervalo de tiempo puede dividirse en sub-intervalos en los cuales el experimentador puede identificar si ocurre o nó la conducta deseada durante cada uno de los sub-interva los.

Otras de las ventajas que se pudieron obtener al em---
plearse este tipo de registro es que nos proporcionó no solo la información de la frecuencia de la ocurrencia del evento-

sino también su duración aproximada y el momento preciso en que ocurrió. Utilizando para ello la siguiente fórmula para determinar la frecuencia de ocurrencia de ambos componentes en un determinado tiempo.

$$\text{frecuencia} = \frac{\text{total respuestas}}{\text{tiempo}}$$

Así como también se utilizaron dos instrumentos de evaluación a) Cuestionario de habilidades sociales Goldstein y b) Una entrevista estructurada sobre alcoholismo Marlatt -- G.A., ésta última con fines comparativos al finalizar el estudio.

VARIABLES.-

VARIABLE INDEPENDIENTE.- Se aplicó como variable independiente el paquete instruccional denominado "aprendizaje estructurado (AE) desarrollado por Goldstein (1977) el cual constituye una aproximación de gran efectividad para el entrenamiento de una amplia gama de habilidades. El AE está constituido por cuatro técnicas específicas: modelamiento, juego de roles, retroalimentación, y entrenamiento para la

transferencia que a continuación se describen.

EL MODELAMIENTO.- Supone la provisión de ejemplos o demostraciones de fragmentos conductuales con el propósito de -- que quienes deban aprenderlos se familiaricen con las particularidades de su emisión verbal y no verbal. Con este -- propósito de utilizó en esta fase un actor y un co-actor -- los cuales emitieron el fragmento conductual en cuestión.

JUEGO DE ROLES.- Consistió en la práctica sistemática de -- la habilidad observada, tal como se mostraría en condicio-- nes reales de la vida cotidiana. En la ejecución del juego de roles se pidió al participante (actor) que junto con --- otro (co-actor) representaran o "actuaran" la habilidad en-- cuestión, ésta era constituida de varios componentes denomi-- nados "pasos conductuales" cuyo cumplimiento ordenado condu-- jo a la emisión de la habilidad. Cada habilidad podía po--- seer un número indeterminado de "pasos conductuales" lo im-- portante estribaba en que a través de ésto se lograra una -- ejecución de la habilidad adecuada por parte del individuo-- sujeto a entrenamiento.

RETROALIMENTACION.

Esta técnica permitió la evaluación del participante - por parte del grupo. A través de ella fué posible la realización de comentarios, críticas y sugerencias como consecuencia de la actuación de cada uno de los participantes en el juego de roles. Esta técnica fué orientada principalmente a mejorar la ejecución de la habilidad en cuestión.

ENTRENAMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA.

Este intentó facilitar la extensión de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria: la asignación de tareas, el uso de utilería real o imaginaria como apoyo para el juego de roles y el sobre aprendizaje fueron algunos procedimientos facilitadores de la generalización que contempló el entrenamiento para la transferencia.

Como consecuencia, el conjunto de éstas técnicas estableció las condiciones más propicias para el aprendizaje; el modelamiento determinó las condiciones en las que el comportamiento debería emitirse y el conjunto de las señales y eventos que la enmarcan; el juego de roles constituyó en sí mismo la emisión conductual, la misma que se fortaleció por acción del reforzamiento social (retroalimentación) para mantenerse en el ambiente natural por influencia del proce-

dimiento que favoreció la transferencia.

VARIABLE DEPENDIENTE

La variable dependiente se definió en función del manejo de las habilidades detectadas en la preevaluación: Cuestionario de Habilidades Sociales (Goldstein 1977) como no-assertivas, detectándose las siguientes habilidades.

COMPONENTES VERBALES

1. Iniciar una conversación.- Hablar con el interlocutor o co-actor acerca de un tema superficial y entonces llevarlo hacia un tema mas serio.
2. Continuar una conversación.- Iniciar el tema principal, detallar sobre él y contestar a las reacciones de la persona con quien está hablando.
3. Expresar una queja.- Decirle a alguien que el es responsable de haberle causado un problema particular a usted y de intentar encontrar una solución al mismo.
4. Responder a la persuasión.- Considerar cuidadosamente las ideas de otras personas, compararlas -- con las suyas y entonces decidir que curso de acción sería el mejor para usted a largo plazo.

5. Disculparse.- Decirle a alguien sinceramente que usted está apenado por algo que usted ha hecho y que le causa malestar a él.

COMPONENTES NO VERBALES.-

- Contacto visual.-definido como la orientación visual hacia el interlocutor (co-actor)
- Tono de voz.-Definido como la conducta de emitir verbalizaciones audibles a una distancia mínima de dos metros.
- Proximidad Física.-Definida como la distancia interpersonal no mayor ni menor a un paso, durante la mayoría del episodio de la habilidad y ...
- Escuchar sin interrumpir.- Definida en función de las pausas o silencios durante el período en que el interlocutor o co - autor hace uso de la palabra o expresa un mensaje.

Todo ello en función del cambio en la ejecución de la habilidad detectada como no asertiva, en situaciones sociales del paciente y de la repercusión en la fase de tratamiento psicoterapeutico llevado en el C.A.H.U. en diferentes si-

tuaciones de terapia de grupo, mediante la observación directa a los pacientes sujetos a entrenamiento como fase de seguimiento.

PROCEDIMIENTO

Pre-evaluación (pre-test).- Esta se constituyó de dos modalidades; la aplicación de un cuestionario de habilidades sociales y la actuación individualizada en juego de roles de los pacientes.

Cuestionario de habilidades.- Este cuestionario fué desarrollado por (Goldstein 1977) en el cual generalmente se consideran las habilidades más usuales que la gente necesita utilizar casi a diario para relacionarse con otras personas y sentirse bien acerca de si mismo. Este cuestionario está diseñado para evaluar en mayor o menor grado el manejo de determinadas habilidades.

Para efectos de la siguiente investigación se consideró conveniente, de acuerdo a la escala de cada una de las habilidades que se mencionaron en el citado cuestionario y que califica a la habilidad, el siguiente criterio:

- a) Considerar las opciones 1 (usted nunca es bueno en la habilidad) y 2 (usted rara vez es bueno en la habilidad) como índices para poder considerarlas como recesarias para mejorar la actuación del paciente en su medio ambiente y ...
- b) Las subsecuentes 3 (usted algunas veces es bueno en ella), 4 (usted frecuentemente es bueno en ella) y 5 (usted es bueno en ella), como índices que generalmente son apropiados en la conducción de determinadas habilidades.

Por lo tanto las habilidades que se consideraron susceptibles a mejorar fueron las que dentro del cuestionario se respondieron en la primera y segunda opción.

Situación en juego de roles.- De acuerdo a las habilidades detectadas en el cuestionario como deficientes y considerando como criterio que fueran homogéneas para la muestra de pacientes se corroboraron en esta situación dentro de la cual se registró la conducta del sujeto tal y como se manifiesta en el medio ambiente del mismo sin la intervención del investigador de las siguientes habilidades:

- 1) Iniciar una conversación, 2) Continuar una conversa---
- ción, 3) Expresar una queja, 4) Responder a la persua-
- ción, 5) Disculparse; las secuencias fueron las si----
- guientes.- Se planteo una situación que involucrara la
- habilidad en cuestión y se le pidió al paciente (actor)
- que actuara de acuerdo a lo que haría en una situación
- real, la representación se efectuó ante un co-actor y-
- el experimentador que registró los componentes verba--
- les y no verbales:

Escena en juego de Roles:

- Iniciar una conversación.- Se simuló la escena ante el encuentro de un compañero de trabajo que él conocía de vista y que se encontraron en el elevador y se instigó al actor para que iniciara un diálogo.

- Continuar una conversación.- Se simuló la escena ante el encuentro de un compañero de trabajo que se encon--traba en el autobús de la empresa, y se le instigó al-actor para que continuara un diálogo de la siguiente -manera:

Supongamos que tu compañero se sentara a un lado tuyo en el autobus y que él te ha preguntado acerca del clima "tiempo" tu ya le respondiste a su pregunta ¿que harías para continuar el diálogo con él? Supongamos que yo soy tu amigo y que tu eres tu.

- Expresar una queja.- Se simuló la escena en una tienda de abastos de la siguiente manera: Supongamos que tu te encuentras esperando tu turno en la fila donde se venden carnes frías, de improviso llega un conocido -- del vendedor y atiende a la petición de éste para despacharlo. Tu ya le insinuaste al vendedor que eso no es correcto que debería formarse al igual que los demás, sin embargo el vendedor no te hace caso y esto te hace que tu te sientas molesto ¿que dirías para expresar tus derechos ante el vendedor? haz de cuenta que yo soy el vendedor y que tu eres tu.

- Responder a la persuasión.- Se simuló la escena en la casa del actor de la siguiente manera: Supongamos que tu te encuentras realizando una tarea que requiere de cierta concentración en tu casa y en ese momento llega un compañero tuyo a invitarte con los amigos a una cantina. El se muestra muy insistente, comentándote que-

te vas a divertir con ellos ¿que harías y que dirías - para quitartelo de encima? haz de cuenta que yo soy tu amigo y tu eres tu.

- Disculparse.- Se simuló la escena en el ambiente familiar del actor de la siguiente manera: Supongamos que un día anterior hubo una fiesta con tu vecino y te invitaron, durante ésta al calor de las copas tu discutiste con él y se ofuscaron, al día siguiente tu esposa te comenta que te comportaste mal con el vecino y que sería conveniente que le ofrecieras una disculpa - ¿tu se la ofrecerías? si lo hicieras ¿como lo harías?

ENTRENAMIENTO

Las sesiones se llevaron a cabo tres veces a la semana, durante tres semanas aproximadamente, las cuales hicieron una serie de ocho sesiones, con una duración de dos horas - cada una y éstas se llevaron a cabo de acuerdo al escenario descrito.

Sesión No.1.- La primera sesión se inició detallando - las características del entrenamiento y lo exitoso que ha sido en individuos con deficiencias en habilidades sociales,

seguido se mostró la habilidad de iniciar y continuar una conversación de la siguiente manera:

Se presentó la habilidad y se realizó una breve descripción de sus componentes y lo importante que sería el manejo de ésta en el medio ambiente; la descripción de la habilidad fué la siguiente *Supongamos que tu y yo somos vecinos y que yo recientemente llegué a habitar en el vecinda--rio, yo te he visto ocasionalmente pero no hemos platicado--nunca. Sin embargo resulta que somos invitados a una reu--nión de colonos para discutir algunas anomalías en el vecindario y necesitamos ponernos de acuerdo acerca de lo que sucede en la calle donde vivimos, haz de cuenta que yo soy ese -compañero y que tu eres tu*

Seguido de acuerdo a la variable independiente se llevó a cabo el modelamiento; juego de roles; y retroalimentación, así como la transferencia a través de asignación de -tarea sobre la habilidad entrenada.

Sesión No.2.- En la segunda sesión se revisó y analizó la tarea llevada a cabo en el ambiente natural, por cada paciente y se corrigieron desviaciones al respecto del manejo de los componentes verbales y no verbales, así como la con--secuente retroalimentación a la ejecución de la habilidad -

entrenada; posteriormente se siguió entrenando la habilidad en cuestión hasta obtener una tasa de por lo menos el 80% - en la ejecución de la misma, considerándose como criterio de cambio para pasar a la siguiente habilidad.

Sesión No. 3.- Se mostró la habilidad de: Expresar una queja, se realizó una descripción de sus componentes y lo importante que sería el manejo de ésta en el medio ambiente.

La descripción de la habilidad fué la siguiente; *La escena se desarrolla en un ambiente de trabajo.- Supongamos que dentro del escalafón de ascenso de tu oficina o taller tienes todos los derechos para ascender al puesto inmediato superior que origina una vacante, sin embargo uno de los -- compañeros de oficina comenta ante tu jefe que no sería conveniente que te ascendiera debido a que como él sabe a ti - te gusta hecharte tus "tragos" entre semana y en muchas oca ciones no asistes al trabajo y que esto traería consecuen--cias serias en el otro puesto, tu te enteras por un compañero de la misma oficina y esto causa que te enojas, ¿que harías al respecto?. Haz de cuenta que yo soy ese compañero que hizo el comentario y tu eres tu.

Seguido de acuerdo a la variable independiente se llevó a cabo el modelamiento, juego de roles y retroalimenta--

ción así como la transferencia a través de la asignación de tareas sobre la habilidad entrenada.

Sesión No.4.- Durante esta sesión se revisó y analizó la tarea llevada a cabo en el ambiente natural por cada paciente y se corrigieron desviaciones al respecto del manejo de los componentes verbales y no verbales, así como la consecuente retroalimentación a la ejecución de la habilidad en trenada, a continuación se siguió entrenando la habilidad - en cuestión hasta obtener una tasa de por lo menos el 80% - en la ejecución de la misma, considerándose como criterio - de cambio, para pasar a la siguiente habilidad.

Sesión No.5.- Se mostró la habilidad de: responder a - la persuasión, se realizó una descripción de sus componen--tes y lo importante que sería el manejo de esta en el medio ambiente. La descripción de la habilidad fué la siguiente; la escena se desarrolla en la calle.- Supongamos que tu te encuentras caminando en la calle rumbo a tu casa después de haber trabajado durante el día (es viernes) y habías quedado de llevar a tu esposa (o novia) a una cena en compañía - de la familia de ella, en el trayecto te encuentras a un -- amigo de la colonia y te invita a tomarte unos "tragos", tu le expones tu compromiso, sin embargo el se muestra muy in-

sistente diciendo que te vas a divertir ya que se celebra - el cumpleaños de uno de los compañeros que cotidianamente - se reunen en la colonia, pero tu no deseas asistir con --- ellos por el compromiso que tienes ¿que harías y que dirías para quitartelo de encima? haz de cuenta que yo soy tu ami- go y que tu eres tu.*

Seguido de acuerdo a la variable independiente se lle- vó a cabo el modelamiento, juego de roles y retroalimenta- ción así como la transferencia a través de asignación de ta- rea sobre la habilidad entrenada.

Sesión No. 5.- Durante esta sesión se revisó y analizó la tarea llevada a cabo en el ambiente natural, por cada pa- ciente y corrigieron desviaciones al respecto del manejo de los componentes verbales y no verbales, así como la conse- ciente retroalimentación a la ejecución de la habilidad en- trenada posteriormente se siguió entrenando la habilidad en cuestión hasta obtener una tasa de por lo menos el 80% en - la ejecución de la misma, considerándose como criterio de - cambio, para pasar a la siguiente habilidad.

Sesión No.8.- Se mostró la habilidad de disculparse y se realizó una descripción de sus componentes y lo importan

te que sería el manejo de ésta en el medio ambiente.

La descripción de la habilidad fué la siguiente: La es cena se desarrolla en la oficina donde trabajas *Supongamos que se ofreció una fiesta para celebrar el cumpleaños de -- uno de los compañeros de la oficina, durante ésta tu abusas te del alcohol y como consecuencia te sobrepasaste con una- compañera de la oficira. Al día siguiente te enteras por - uno de los compañeros que asistieron a dicho festejo que tu comportamiento no fue adecuado ya que querias sobrepasarte- con una compañera, eso hace que te inquietes y desorientes- al respecto de qué hacer para tratar de solucionar la acti- tud que se presentó en la fiesta. ¿Que harías o que dirías- para disculparte con la compañera? has de cuenta que yo soy la amiga y que tu eres tu*

Seguido de acuerdo a la variable independiente se lle- vó a cabo el modelamiento, juego de roles y retroalimenta-- ción, así como la transferencia a través de asignación de - tarea sobre la habilidad entrenada.

Sesión No. 9.- Durante ésta sesión se revisó y analizó la tarea llevada a cabo en el ambiente natural por cada - paciente, y se corrigieron desviaciones al respecto del mane- jo de los componentes verbales y no verbales, así como la - consecuente retroalimentación a la ejecución a la habili-- dad entrenada, posteriormente se siguió entrenando la habilidad

en cuestión hasta obtener una tasa de por lo menos el 80% -- en la ejecución de la misma, considerándose como criterio de cambio, para concluir el entrenamiento con la adquisición de ésta habilidad.

SEGUIMIENTO.-

Este consistió en la practica sistematica de las habilidades aprendidas en el ambiente controlado a situaciones de medio ambiente de los sujetos.

RESULTADOS:

De los nueve sujetos originales asignados al grupo experimental, solo cinco concluyeron el entrenamiento, debido a que dos de ellos dejaron de asistir a las sesiones en su etapa inicial y los otros dos tuvieron que regresar a su lugar de origen de residencia.

Los resultados obtenidos quedan expuestos graficamente en las figuras 1,2,3,4,5 y 6 respectivamente, las cuales muestran la relevancia del procedimiento instruccional, haciendo énfasis en las siguientes comparaciones;

- a) Comparación de situación pre-test y post-test por cada sujeto, en cada una de las habilidades entrenadas.

En dichas comparaciones se encontró que el sujeto No. 1 en ambas situaciones respondió, dentro de la escala que se maneja para cada habilidad y que esta descrita en el procedimiento de la siguiente manera;

| | |
|------------------|----------------------------|
| Habilidad No. 1 | iniciar una conversación |
| Habilidad No. 2 | continuar una conversación |
| Habilidad No. 3 | expresar una queja |
| Habilidad No. 16 | disculparse |
| Habilidad No. 18 | responder a la persuasión |

| Habilidades | situación pre-test. | situación post-test |
|-------------|---------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 3 |
| 11 | 3 | 4 |
| 16 | 2 | 3 |
| 18 | 2 | 3 |

Lo cual indica el incremento de las habilidades detectadas como deficientes, después de las sesiones de entrenamiento y que se muestran gráficamente en la figura No. 1.

SUJETO No. 2

Las diferencias encontradas dentro de ambas condiciones para éste sujeto son las siguientes.

SITUACION PRE-TEST Y POST-TEST DEL SUJETO No. 1

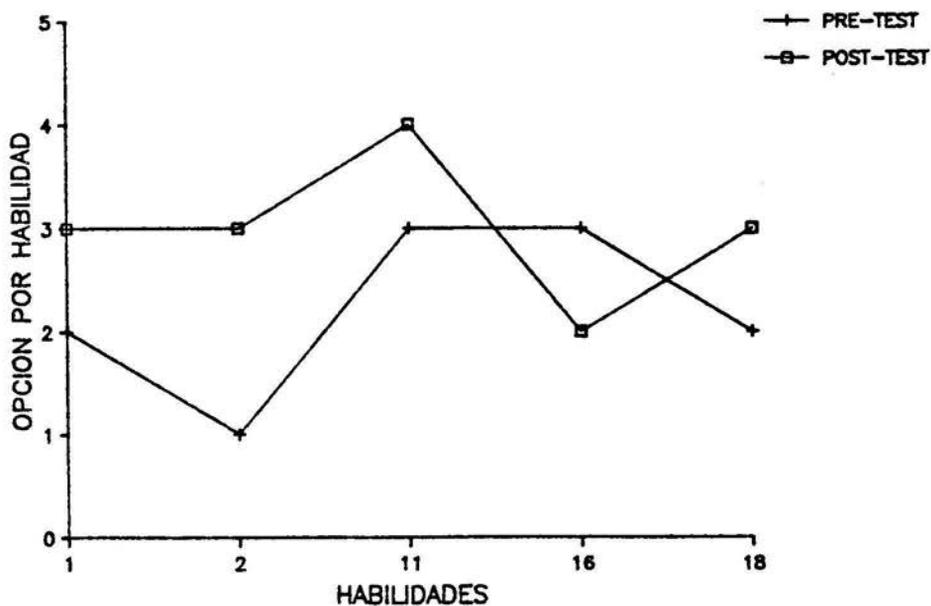


Fig. No.1.- Muestra las evaluaciones pre y post-test de las habilidades mencionadas en el procedimiento, así como la opción elegida por habilidad, en ambas situaciones.

| Habilidades | situación pre-test. | situación post-test. |
|-------------|---------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | 2 | 3 |
| 11 | 2 | 3 |
| 16 | 2 | 4 |
| 18 | 1 | 5 |

Lo cual indica el incremento de las habilidades detectadas como deficientes, después de las sesiones de entrenamiento y que se muestran gráficamente en la figura No.2

SUJETO No. 3.-

Las diferencias encontradas dentro de ambas condiciones para éste sujeto son las siguientes;

| Habilidades | situación pre-test. | situación post-test. |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| <i>Sujeto</i> 1 | 2 | 3 |
| 2 | 2 | 3 |
| 11 | 2 | 3 |
| 16 | 2 | 4 |
| 18 | 4 | 5 |

Lo cual indica el incremento de las habilidades detectadas como deficientes, después de las sesiones de entrenamiento y que se muestran gráficamente en la figura No. 3

SITUACION PRE-TEST Y POST-TEST DEL SUJETO No. 2

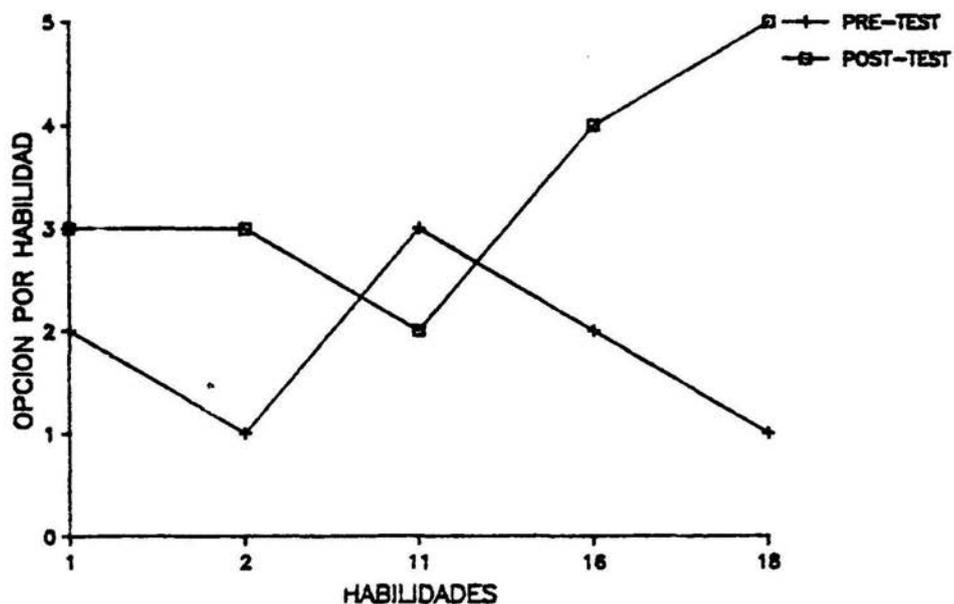


Fig. No. 2.- Muestra las evaluaciones pre y post-test de las habilidades mencionadas en el procedimiento, así como la opción elegida por habilidad, en ambas situaciones.

SITUACION PRE-TEST Y POST-TEST DEL SUJETO No. 3

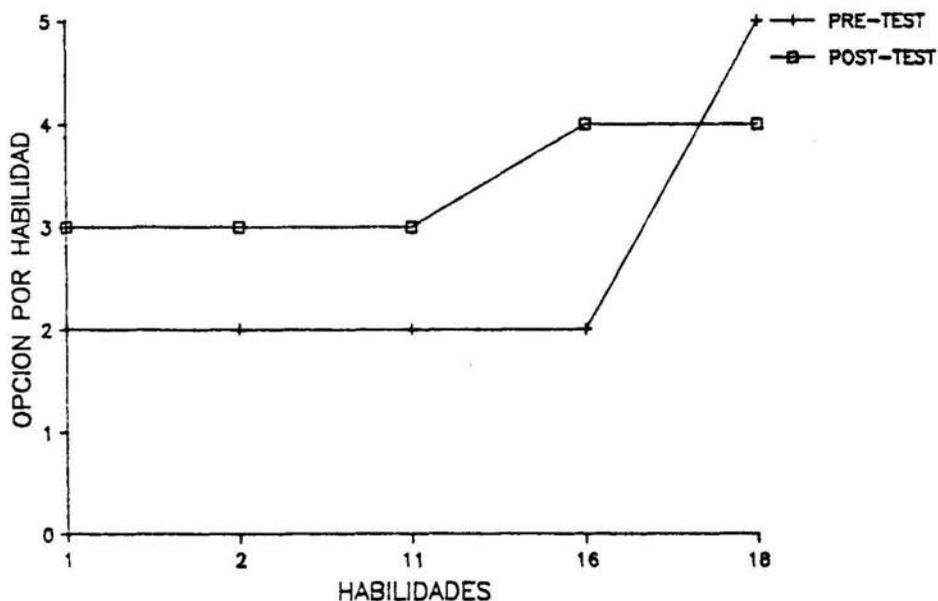


Fig. No. 3.- Muestra las evaluaciones pre y post-test de las habilidades mencionadas en el procedimiento, así como la opción elegida por habilidad, en ambas situaciones .

SUJETO No. 4.-

Las diferencias encontradas dentro de ambas condiciones pa
ra éste sujeto son las siguientes;

| Habilidades | situación pre-test. | situación post-test. |
|-------------|---------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 3 |
| 11 | 1 | 1 |
| 16 | 2 | 3 |
| 18 | 1 | 3 |

Lo cual indica el incremento de las habilidades detectadas
como deficientes, después de las sesiones de entrenamiento
y que se muestran gráficamente en la figura No. 4

SUJETO NO. 5.-

Las diferencias encontradas dentro de ambas condiciones pa
ra éste sujeto son las siguientes;

| Habilidades | situación pre-test. | situación post-test. |
|-------------|---------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 2 |
| 11 | 2 | 3 |
| 16 | 1 | 3 |
| 18 | 1 | 2 |

SITUACION PRE-TEST Y POST-TEST DEL SUJETO No. 4

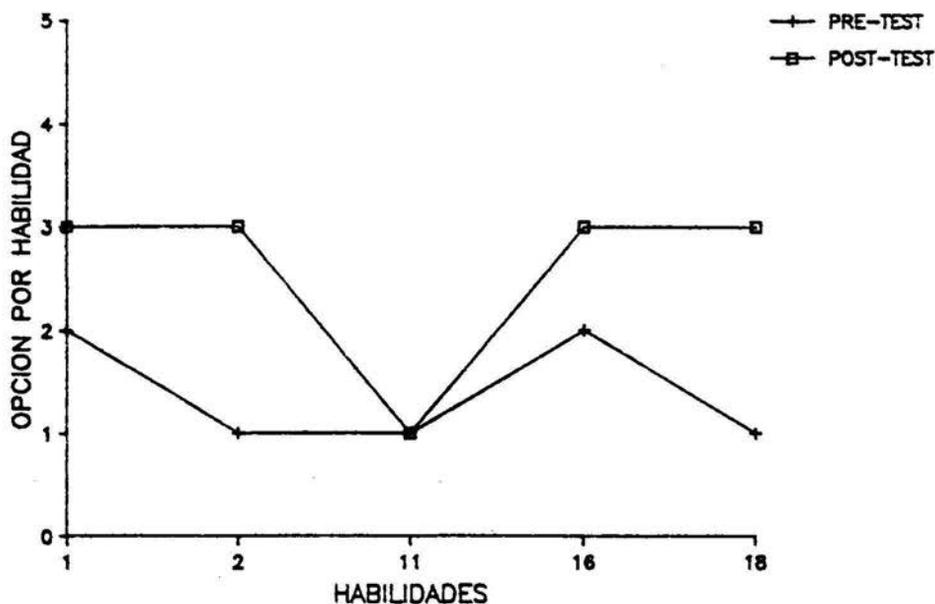


Fig. No. 4.- Muestra las evaluaciones pre y post-test de las habilidades mencionadas en el procedimiento, así como la opción elegida por habilidad, en ambas situaciones.

SITUACION PRE-TEST Y POST-TEST
DEL SUJETO No. 5

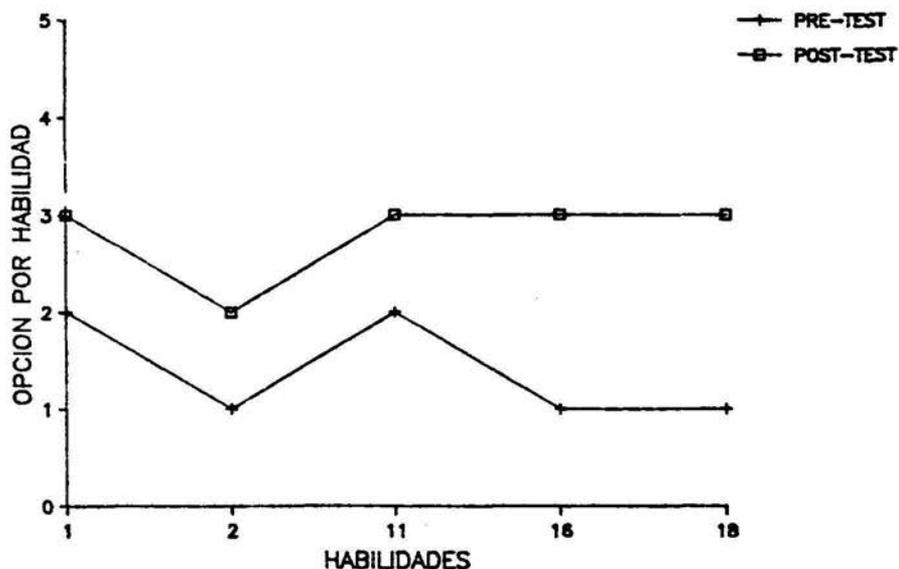


Fig. No.5.- Muestra las evaluaciones pre y post-test de las habilidades mencionadas en el procedimiento, así como la opción elegida por habilidad, en ambas situaciones.

Lo cual indica el incremento de las habilidades detectas -- com deficientes, después de las sesiones de entrenamiento - y que se muestran gráficamente en la figura No. 5.

b) Comparación global de la muestra de sujetos en situa = ción de pre-test y post-test, para cada una de las habili - dades entrenadas

| Habilidades | situación pre-test | situación post-test. |
|-------------|--------------------|----------------------|
| 1 | 10 | 15 |
| 2 | 6 | 14 |
| 11 | 11 | 13 |
| 16 | 9 | 18 |
| 18 | 10 | 16 |

La siguiente comparación se llevó a cabo sumando la ele--- cción de cada uno de los sujetos, de acuerdo a las opcio--- nes de cada habilidad en ambas condiciones pre y post-test, las diferencias se muestran gráficamente en la figura No.6.

Posteriormente, se compararon las situaciones a y b a tra--- vés de la prueba no paramétrica denominada coeficiente de--- correlación de Sperman para dos muestras relacionadas (Sie--- gel, 1980.

Los resultados obtenidos por dichas comparaciones fueron - los siguientes;

COMPARACION GLOBAL PRE-TEST vs POST-TEST PARA CADA HABILIDAD

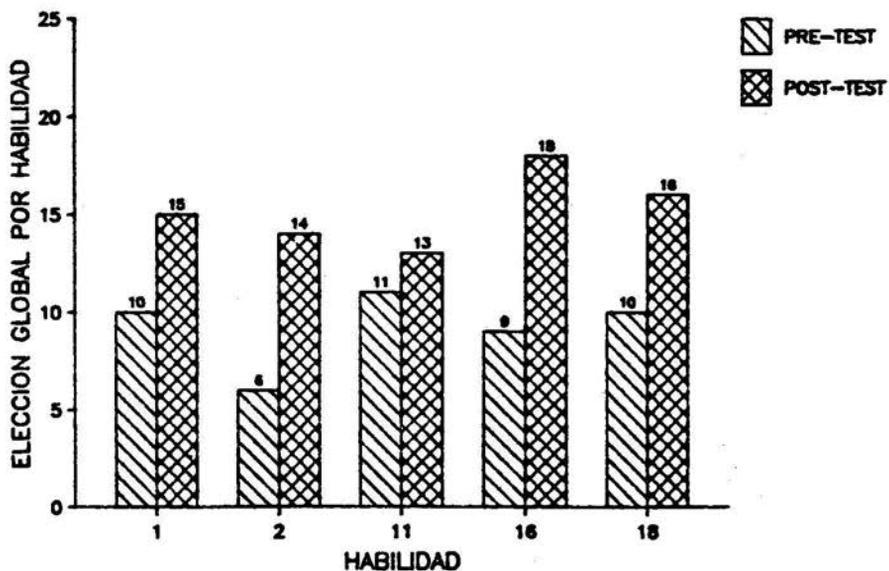


Fig. No.6.- Muestra la evaluación global de sujetos por habilidad en ambas condiciones pre y post-test.

- 1.- Se observó una baja correlación de la muestra de sujetos según se denota en la tabla No. 7, lo cual evidencia que los datos en ambas situaciones pre-test y post test son diferentes, por lo que puede considerarse que el efecto del procedimiento instruccional fué exitoso ya que los índices encontrados en la situación de post test, sobrepasan los evaluados en la situación de pre-test por sujeto.

- 2.- Se observó también una baja correlación del total de habilidades entrenadas por sujeto tabla No.8, lo cual corrobora la situación anterior.

T A B L A S

7

| PACIENTES | HABILIDAD |
|-----------|-----------|
| 1 | 0.91 |
| 2 | 0.32 |
| 3 | 0.72 |
| 4 | 0.15 |
| 5 | 0.15 |

1

8

| HABILIDAD | PACIENTES |
|-----------|-----------|
| 1 | 0.3 |
| 2 | 0.15 |
| 11 | 0.52 |
| 16 | 0.05 |
| 18 | 0.02 |

2

1. COEFICIENTE DE CORELACION DE LA MUESTRA DE SUJETOS POR CADA HABILIDAD ENTRENADA. $r_s < .001$

2. COEFICIENTE DE CORRELACION DEL TOTAL DE HABILIDADES ENTRENADAS POR SUJETOS $r_s < .001$

Finalmente en la prueba de hipótesis realizada mediante la " T de Student" para comparaciones de antes y después de una muestra relacionada, se encontró que esta, acepta la hipótesis de estudio en cuanto a que el procedimiento instruccional determinó un cambio en la ejecución de las habilidades entrenadas, las cuales se observaron en la situación de post-evaluación y corroboraron en la fase de seguimiento en las subsecuentes sesiones de psicoterapia grupal.

Por lo que respecta al análisis de los componentes no verbales y categorías conductuales mencionadas como parte de las evaluaciones pre y post-test, se observó un cambio muy notable, ya que se incrementaron el manejo de estos componentes generalmente al 95%, considerándose no necesaria una interpretación estadística ya que lo observado al respecto de estos componentes en la post-evaluación (post-test) necesariamente responde al efecto del sobreaprendizaje de estos componentes.

ANALISIS DE RESULTADOS

Por lo que corresponde a la interpretación de los resultados obtenidos en la situación de post-test, se encontró un incremento generalizado de las habilidades entrenadas no obs

tante algunos cambios que no correspondieron a los niveles de ejecución demostrados en la situación de juegos de roles en la post-evaluación, como por ejemplo; se encontró en dos de los sujetos la siguientes diferencias que a continuación se detallan:

- a) El sujeto número dos en la habilidad (11) "expresar una queja" mostró un decremento en la post-evaluación según se muestra en la gráfica correspondiente, debido probablemente a una falsa interpretación en la pre-evaluación (pre-test) ya que hay que considerar factores emocionales relacionados con el efecto del consumo de alcohol que pudieron influir en las respuestas del cuestionario de habilidades.

- b) Similarmente se muestra un decremento en la post-evaluación para el sujeto No.1 en la habilidad -- (16) "disculparse" Probablemente debido a situaciones como las antes mencionadas.

Por otro lado, es conveniente corroborar los índices de ejecución en ambientes convencionales ya que en la fase denominada seguimiento únicamente fué posible evaluar a los suj

tos durante la terapia grupal llevada en el Centro Antialcoholico, situación que puede ser considerada como un ambiente controlado.

CONCLUSIONES GENERALES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que es evidente la importancia que tiene el aplicar un entrenamiento de las características del Aprendizaje Estructurado en la presente investigación, debido a que según evidencias encontradas en la situación de pre-evaluación (pre-test), el índice en el nivel de ejecución de las habilidades detectadas como no asertivas en los sujetos, generalmente fueron de nivel muy bajo. Situación que probablemente es causada por eventos traumáticos generados a través de todo el proceso de socialización de estos individuos, pudiendose detectar los siguientes:

- a) Que los sujetos carecieron de posibilidades para desarrollar las habilidades en cuestión por situaciones que se desconocen.
- b) Que los sujetos entrenados, provienen de familias disfuncionales, donde prevalece la agresión física.

ca y emocional, considerando esta última como ver-
balizaciones altisonantes, las conductas no adecua-
das en ambientes convencionales, el conflicto en-
tre miembros de la familia, la pobreza en ocasio--
nes, etc., siendo algunas causas que se han obser-
vado en estos sujetos durante la investigación y -
que sería conveniente ahondar en estudios posterori-
ores como posibles generadores del deterioro de al-
gunas habilidades.

- c) Las características que tiene la ingesta de alco-
hol en dosis moderadas de estimular el sistema ner-
vioso central y como consecuencia la disminución-
en términos conductuales de los niveles de ansie--
dad manifiestos en los sujetos, lo cual mientras
prevalece el efecto del alcohol a una dosis baja-
en el organismo del individuo, esto posibilita --
por las características mismas del alcohol que és
te maneje con menor grado de angustia situaciones
de su medio ambiente , situación que tiende a de-
generar cuando se excede en el consumo de alcohol
y pérdida de la realidad existente.
- d) La imitación de modelos familiares y/o del medio-
ambiente que rodea al sujeto, así como los medios

publicitarios los cuales influyen en ocasiones en el hábito e ingreso a temprana edad, adolescencia y en ocasiones niñez, a situaciones o medio ambientes donde prevalece el alcohol, el cual es ingerido con fines de estímulo y/o aliciente para enfrentar situaciones de la vida cotidiana que son conflictivas en estos individuos y que se valen de la ingesta repetida de alcohol para superarlas.

IZT. 1001040

Por otro lado se encontró en estos sujetos una marcada inseguridad como se manifestó en la problemática que generó el desarrollo de esta investigación, ya que se presentó, asociado a la inhabilidad de estas conductas, índices no medidos en la investigación de ansiedad, manifestada a través del constante tartamudeo, olvido repentino, enrojecimiento de piel, y en ocasiones evasivas en la comunicación, situación que mejoró gradualmente durante el entrenamiento, mostrándose ideas más claras y precisas, seguimiento de instrucciones, desenvolvimiento verbal, sin tartamudeo y el enrojecimiento de piel disminuyó gradualmente durante las sesiones de entrenamiento.



I.N.A.M. CAMPUS
IZTAGUILA

DISCUSION

CAPITULO V

Como se ha mencionado a lo largo de los resultados obtenidos, el entrenamiento denominado "Aprendizaje Estructurado" en un instrumento eficaz en la adquisición de habilidades sociales.

Sin embargo es conveniente mencionar , refiriéndonos a los hallazgos encontrados en la investigación desarrollada - por Roth (1983) en sujetos escolares no asertivos, que la problemática que se plantea en los sujetos alcohólicos es diferente ya que estos últimos han asociado la carencia de habilidades a la ingesta aguda de alcohol, lo que hace referencia al hecho de que no solamente se cubrirían las carencias de habilidades sociales, sino que se requiere de un tratamiento psicológico orientado al esclarecimiento de los "conflictos internos" generados en los sujetos que van desde el rechazo social hasta daños de origen cerebral, lo cual imposibilita en gran medida la adquisición de ciertas habilidades.

No obstante se observó que es posible recurrir a un entrenamiento de las características del aplicado a este nivel de deterioro emocional, siempre y cuando se consideren algunos aspectos relevantes como los encontrados en la presente tesis y que serían convenientes considerar en futuras investigaciones como son los siguientes:

- a) Se observó que estos sujetos se encuentran sumamente preocupados por la problemática generada-- por el abuso de alcohol, relacionada con los con flictos familiares, laborales y sociales por lo a manera que se esclarecen y adapta al indivi-- duo al medio ambiente mediante psicoterapia de origen psicoanalítico (por ser la aplicada en - el C.A.H.U.) es posible la integración a un pro grama de origen conductual como el de desarro-- llar ciertas habilidades que posibiliten la in-- teracción del sujeto con su medio ambiente.
- b) Se observó también que estos sujetos pierden fa-- cilmente el estado de motivación sobre el entre-- namiento en habilidades sociales, cuando subsis-- ten conflictos emocionales no esclarecidos, lo-- cual repercutió en el entrenamiento teniéndose-- que elegir, dos veces la muestra de sujetos en-- la presente investigación ya que existió una al ta deserción.
- c) El entrenamiento en habilidades sociales a este nivel es exitoso cuando los sujetos han pasado-- por un tratamiento de origen clínico como es el

que se proporciona en el citado centro, lo cual - indicaría que el habilitar a los sujetos de ciertas conductas no es una alternativa para disminuir el nivel de ingesta de alcohol en estos sujetos, lo que desecharía nuestra primera hipótesis; sin embargo se cumple con la segunda hipótesis -- planteada, ya que el entrenamiento repercutió en las subsecuentes sesiones de tratamiento psicoterapéutico en relación a la integración de estos - a la sesiones y subsecuentemente a su medio ambiente en fase de seguimiento.

Finalmente y de acuerdo a la información que se encontró cuando se aplicó la entrevista sobre alcoholismo que forma parte del anexo No.1 fué lo siguiente:

- a) Patrones de bebida.- Generalmente evidenció que fueron sujetos que se iniciaron como bebedores durante su adolescencia, con periodos agudos de beber alcohol de uno y hasta dos días a la semana - que los padres de los sujetos fueron y/o son bebedores con problemas de alcoholismo.
- b) Factores asociados a la bebida.- Generalmente se evidenció que son sujetos los cuales han presenta

do experiencias de nauseas o vómito, episodios de temblores, lagunas mentales, sentimientos de temor, ansiedad y convulsiones.

- En cuanto a la opinión de las posibles causas debido a las cuales los sujetos se iniciaron en la ingesta de alcohol fueron las siguientes:
 - Por carecer de valor para enfrentar las situaciones que se presentan en su vida diaria, temores y/o miedos, ansiedad y dificultad para poder manifestar sus necesidades, complejos de inferioridad, traumas, etc.
 - Los periodos de abstinencia que presentaron -- fueron esporádicos y generalmente el último periodo se presentó cuando estos sujetos ingresaron al centro.
 - Las razones expresadas por las cuales se quiere dejar de beber generalmente fueron que su vida es ingobernable y los constantes conflictos familiares y laborales.
 - Generalmente se describió al alcoholismo como una enfermedad que denigra a la persona, a la familia y deteriora su salud física y mental, así como que es una enfermedad incurable y mor

tal, que si no se recibe tratamiento se puede llegar al manicomio y/o a la muerte.

Por lo tanto a manera concluyente es conveniente considerar que el problema del alcoholismo en estos individuos va mas alla de la implementación de ciertas habilidades sociales y que es muy importante antes de abordar aspectos como la competencia social, recurrir a un tratamiento psicodinámico de origen clínico y manejar una terapia conductual como la antes señalada, como una terapia de apoyo o breve y de emergencia.

Ya que de esta manera podríamos considerar mas exitosa una intervención del psicologo conductual en terrenos poco explorados como es el del alcoholismo.

B I B L I O G R A F I A

Castro L. " Diseño Experimental sin estadística", México D.F., Editorial Trillas; 1975.

Goldstein P.A. "Trainer's manual for structured Learning Therapy" Departament Syracuse University, Siracuse, New-York, 1976.

Guerra Guerra A.J. "El alcoholismo en México", México D.F. ✓
Editorial Fondo de Cultura Económica, 1977.

Hilgard y Bower "Teoria del aprendizaje", México D.F. ---
Editorial Trillas, 1966.

Levin J. "Fundamentos de Estadística en la Investigación -- Social", México D.F., Editorial Harla, 1977.

Limon A.G. y Trujano R.P. "Problemas relacionadas con el- consumo de alcohol" Trabajo Inedito; E.N.E.P. IZTACALA, -- ✓
U.N.A.M., 1983.

Metodología "Unidad V" Definición, observación y registro de la Conducta., Inedito; E.N.E.P. IZTACALA , U.N.A.M. sin fecha .

Miller Williams "Entrenamiento de auto-control conductual en el tratamiento de bebedores problema", Behavioral Self-Management, sin fecha.

Miller R.W. "Behavioral Self-Control Training in the Treatment of Problem Drinkers", Behavioral Self-Management, sin fecha

Muñoz Ledo V.M. "El alcoholismo en México , Aspectos sociológicos " México D.F. Editorial fundación de Investigaciones Sociales A.C. 1984.

Rojas S.R. "Guía para realizar investigaciones sociales" , México D.F. Editorial U.N.A.M. , 1985.

Roman C.C. "El alcoholismo en México, Aspectos Historicos", México D.F. Editorial Fundación de Investigaciones Sociales A.C. , 1984.

Roth V.E. "Competencia social; validación de un paquete - instruccional para el entrenamiento de habilidades sociales en ambientes no convencionales", Tesis ; E.N.E.P. IZTACALA U.N.A.M. , 1983.

Salazar F.P. "Apuntes sobre alcoholismo", Instituto Mexicano del Petroleo, inedito, sin fecha.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Antialcoholico, "Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcoholicas", Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1985.

Ulrich y Cols. "Control de la conducta Humana", México D.F. Editorial Trillas, 1983.

Velazco Fernández R. "Esa enfermedad llamada alcoholismo", México D.F. Editorial Trillas, 1981.

Villamil P.R. y Sotomayor G.J. "El alcoholismo en el Distrito Federal", México D.F. Editorial Publicaciones E.N.E.P. Acatlan, U.N.A.M., 1980

Yates J.A. "Terapia del comportamiento", México D.F., Editorial Trillas, 1973.

Wolpe J. "Práctica de la Terapia de la Conducta", México D.F., Editorial Trillas, 1973.

Kellhley y Schreiner "Manual para la elaboración de Tesis, monografías e informes", South-Western Publishing, 1980.

A N E X O S

(ANEXO 1)

FORMATO DE ENTREVISTA DE ALCOHOLISMO

MARLATT G.A.

NOTA: EL PRESENTE CUESTIONARIO SE LLEVA A CABO EN FORMA ORAL, SIGUIENDO EN LO POSIBLE EL ORDEN MOSTRADO Y ES TOMADO DE MARLATT, G.A. DEL DEPARTAMENTO DE WISCONSIN.

Nombre del Paciente _____

Entrevistador: _____ Fecha _____

Edad actual _____ Fecha de nacimiento _____
Día Mes Año

Dirección Local Actual _____

Teléfono _____

Dirección permanente, (Si la anterior es diferente) _____

Nombre y dirección de una persona a través de quien usted pueda ser vigi-
lado (debe ser diferente a la anterior dirección)

Teléfono _____

Fue referido usted a este centro por un Doctor o por otras personas pro-
fesionales? Sí No (si es afirmativo, especifique quién):

Título o posición _____

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Teléfono _____

FAMILIA

Estado Civil del paciente _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo.

Si es casado. Nombre de la Esposa _____

Vive normalmente con usted _____ Si _____ No; diga la dirección si la dirección es diferente a la de usted _____

Teléfono _____

Tiene usted niños? _____ Si _____ No (si tiene, enlistelos por sexo y edades) _____

EMPLEO O INFORMACION ADICIONAL

Mayor ocupación o habilidades _____

Nombre de la empresa en que trabaja (si es aplicable) _____

----- Teléfono _____

Promedio mensual de entradas de su trabajo \$ _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Grado máximo de estudios _____

PATRONES DE LA BEBIDA

A los cuántos años aproximadamente tuvo usted su primer intoxicación?

Recuerda usted que clase de bebida fue en esa ocasión? _____

Cómo podría usted describir los hábitos generales de la bebida de sus padres? _____

Enliste las principales bebidas que usted prefiere ingerir.

CONDUCTAS ASOCIADAS

Fuma usted? ___ Sí ___ No (si es sí), que tanto fuma usted en un día?

Tiene usted algún pasatiempo o actividades que no estén relacionados con la
bebida? -----

Antes de que el tomar fuera un problema real para usted, como podría descri-
bir sus hábitos de bebida? -----

Hay días en particular durante los cuales usted beba más que otros días?

FACTORES ASOCIADOS CON LA BEBIDA

En algunas ocasiones toma usted en la mañana antes del desayuno?

Después de beber por un período de tiempo, ha tenido usted algunas de las -
siguientes experiencias?

----- Una cruda

----- Nausea y/o vómito

----- Un episodio de temblores

----- Lagunas mentales

----- Sentimientos vagos de temor o ansiedad

----- Convulsiones

----- Ha visto, sentido, u oído cosas que realmente no están.

En su opinión cual ha sido la causa (s) en su vida, debido a las cuales ha
bebido? -----

PERIODOS DE ABSTINENCIA

Desde que el tomar empezó a ser un problema real para usted, ¿cual ha sido el período más largo durante el cual no ha bebido?

Cúando terminó este período? -----

Qué podría usted decir acerca de las principales razón (es) para dejar - de beber actualmente? -----

Ha tenido usted un período de abstinencia o de no tomar durante los pas dos seis meses ___ Si ___ No Especifique la duración.

En que lugares acostumbre usted a beber? -----

¿Es usted ahora miembro de A.A., (Alcoholicos Anónimos) ___ Si ___ No

(Si es afirmativo)¿Cúando se inscribió? Fecha -----

(Si es negativo)¿Ha sido usted miembro de A.A. en el pasado? ___ Si ___

___ No (especif.que los datos si es afirmativo)

¿Cúal considera usted que sea el resultado más agradable en el tratamien- to, según su caso? -----

Con sus propias palabras,¿como podría usted definir al alcoholismo?

REGISTRO DE MUESTREO DE TIEMPO

FECHA. _____

SUJETO: _____

| SITUACION 1 | CONTACTO VISUAL | TONO DE VOZ | PROXIMIDAD FISICA. | ESCUCHAR SIN INTERRUPTIR. | CARACTS. DE EJEC. | | | |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------|----|---|---|
| | | | | | AS | Ag | T | O |
| INICIAR UNA CONVERZACION. | | | | | | | | |
| SITUACION 2 CONTINUAR UNA CONVERZACION. | | | | | | | | |
| SITUACION 3 EXPRESAR UNA QUEJA | | | | | | | | |
| SITUACION 4 RESPONDER A LA PERSUACION | | | | | | | | |
| SITUACION 5 DISCULPARSE | | | | | | | | |

* AS = ASERTIVO
 Ag = AGRESIVO
 T = TIMIDO
 O = OTRAS

** EJECUCION DE LA HABILIDAD
 O = OCURRENCIA
 N = NO OCURRENCIA

*** CARACTERISTICAS DEL INTERVALO
 CADA INTERVALO ES DE 5 MINUTOS
 Y EL SUB-INTERVALO DE 30 SEG.

(ANEXO 3)

REPORTE DE TAREA

NOMBRE. _____ EDAD _____

CONDUCTOR DEL GRUPO. _____

LLENAR DURANTE LA SESION:

1.- ASIGNACION DE TAREA.-

2.- ROLES APRENDIDOS A SEGUIR.-

LLENAR ANTES DE PROXIMA SESION.-

3.- DESCRIBA QUE SUCEDIO CUANDO REALIZO LA TAREA ASIGNADA.-

4.- ROLES APRENDIDOS QUE ACTUALMENTE SIGUIO'-

5.- CALIFIQUESE QUE TAN BIEN EJECUTO LA HABILIDAD APRENDIDA.-

a) EXCELENTE. _____

b) BIEN. _____

c) FAVORABLE _____

d) POBRE. _____

6.- DESCRIBA USTED QUE CONSIDERA QUE DEBERIA SER SU PROXIMA ASIGNACION DE TAREA

(ANEXO 4)
CUESTIONARIO DE HABILIDADES

SEXO M _____ F _____
NOMBRE: _____ EDAD _____

Existen varias habilidades que la gente necesita utilizar casi a diario, para llevarse con otras personas y sentirse bien acerca de sí misma. Nos gustaría conocer en cuáles habilidades siente usted que está bien y en cuáles habilidades siente usted que no está bien.

Abajo encontrará una lista de habilidades. Lea cada una cuidadosamente y entonces marque un círculo alrededor del número que mejor describa que tan bien está usando esa habilidad.

- MARQUE 1, SI USTED NUNCA ES BUENO EN ELLA
- MARQUE 2, SI USTED RARA VEZ ES BUENO EN ELLA
- MARQUE 3, SI USTED ALGUNAS VECES ES BUENO EN ELLA
- MARQUE 4, SI USTED FRECUENTEMENTE ES BUENO EN ELLA
- MARQUE 5, SI USTED SIEMPRE ES BUENO EN ELLA

Intente valorarse a sí mismo para cada habilidad, si no entiende alguna palabra o no está seguro de lo que la descripción de la habilidad significa, por favor pregunte a la persona que le haya dado este cuestionario. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo estamos interesados en sus sentimientos acerca de sus habilidades. Por favor, no omita ningún punto. Gracias por su cooperación.

HABILIDADES

1.- COMENZAR UNA CONVERSACION

Hablarle a alguien acerca de un tema superficial y entonces llevarlo hacia un tema más serio. 1 2 3 4 5

2.- CONTINUAR UNA CONVERSACION:

Iniciar el tema principal, detallar sobre él y contestar a las reacciones de la persona con quien está hablando. 1 2 3 4 5

3.- TERMINAR UNA CONVERSACION:

Permitir que la otra persona sienta que usted ha estado poniendo atención y entonces habilmente cerrar la conversación de manera apropiada. 1 2 3 4 5

4.- ATENDER:

Poner atención a la gente, tratar de entenderla y dejarles conocer que usted está interesado. 1 2 3 4 5

5.- EXPRESAR UN CUMPLIDO:

Decirle a alguien que a usted le gustan algunas cosas acerca de él o acerca de sus acciones. 1 2 3 4 5

6.- EXPRESAR APRECIO:

Permitir a otras personas saber que está agradecido por alguna cosa que él ha hecho para usted. 1 2 3 4 5

7.- EXPRESAR ESTIMULO:

Decirle a alguien que él debería tratar de hacer algo que no está seguro de poderlo hacer. 1 2 3 4 5

8.- PEDIR AYUDA:

Pedir que alguien que está calificado, lo ayude en el manejo de una situación difícil la cual usted no tiene capacidad para manejarla por sí mismo. 1 2 3 4 5

9.- DAR INSTRUCCIONES:

Explicar claramente a alguien como le gustaría a usted que hiciera una tarea específica. 1 2 3 4 5

10.- EXPRESAR AFECTO:

Permitir a alguien conocer los sentimientos que usted siente por él. 1 2 3 4 5

11.- EXPRESAR UNA QUEJA:

Decirle a alguien que él es responsable de haberle creado un problema particular a usted y de intentar encontrar una solución al mismo. - 1 2 3 4 5

12.- PERSUADIR A OTROS:

Intentar convencer a otra persona que sus ideas son mejores y que serán mas útiles que las de él. - 1 2 3 4 5

13.- EXPRESAR ENOJO:

Presentar sus sentimientos de enojo en una situación que le cause conflicto. 1 2 3 4 5

14.- RESPONDER A UN ELOGIO:

Permitir que una persona conozca que usted está agradecido de su elogio y que lo aprecia. - 1 2 3 4 5

15.- RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DE OTROS:

Tratar de entender lo que otras personas están sintiendo y comunicarle que usted los entiende. 1 2 3 4 5

16.- DISCULPARSE:

Decirles a alguien sinceramente que usted está apenado por algo que usted ha hecho y que le causó molestar a él. 1 2 3 4 5

17.- SEGUIR INSTRUCCIONES:

Ejecutar las instrucciones de una manera competente y mostrar sus reacciones. 1 2 3 4 5

18.- RESPONDER A LA PERSUACION:

Considerar cuidadosamente las ideas de otras personas compararlas con las suyas y entonces decidir que curso de acción será el mejor para usted a largo plazo. 1 2 3 4 5

19.- RESPONDER AL DESCUIDO:

Determinar qué errores ha cometido y que puede hacer acerca - 1 2 3 4 5
de ello, para que en lo sucesivo sea más exitoso en el futuro.

20.- RESPONDER A LOS MENSAJES CONTRADICTORIOS:

Reconocer y proceder con la confusión que resulta cuando una 1 2 3 4 5
persona le dice algo pero sus manifestaciones indican que el
quiere decir otra cosa.

21.- RESPONDER A UNA QUEJA:

Proceder imparcialmente con la insatisfacción de otra perso- 1 2 3 4 5
na por una situación atribuida a usted.

22.- RESPONDER AL ENOJO:

Tratar de entender el enojo de otra persona y permitirle co- 1 2 3 4 5
nocer que usted lo está entendiendo.

23.- FIJAR UNA META:

Decidir en qué quiere usted lograr una meta y juzgar si su - 1 2 3 4 5
plan es realista.

24.- REUNIR INFORMACION:

Decidir que información específica usted necesita y pregun- 1 2 3 4 5
tar a la persona apropiada por la información.

25.- CONCENTRARSE EN UNA TAREA:

Hacer aquellos preparativos que le permitan realizar un tra- 1 2 3 4 5
bajo eficientemente.

26.- EVALUAR SUS HABILIDADES:

Examinar sus logros imparcial y honestamente para decidir - 1 2 3 4 5
qué tan competente es usted en una habilidad particular.

- 27.- PREPARARSE PARA UNA CONVERSACION TENSIONAMENTE:
 Planear adelantandose al tiempo presente su punto de vista - 1 2 3 4 5
 en una conversaci3n que puede ser difi-
 cil.
- 28.- ESTABLECER LAS PRIORIDADES DE LOS PROBLEMAS:
 Decidir cu3l de varios problemas es el m3s urgente y debe -- 1 2 3 4 5
 ser atendido en primer lugar.
- 29.- TOMAR DECISIONES:
 Decidir en un curso de acci3n real lo que usted cree que de 1 2 3 4 5
 ber3 hacer en pos de su mejor inter3s.
- 30.- IDENTIFICAR Y CLASIFICAR SUS EMOCIONES:
 Reconocer qu3 emociones siente usted. 1 2 3 4 5
- 31.- DETERMINAR RESPONSABILIDADES:
 Averiguar si sus acciones o las acciones de otros han causa 1 2 3 4 5
 do que ocurra un evento.
- 32.- HACER PETICIONES:
 Preguntar a la persona apropiada por lo que usted quiere o 1 2 3 4 5
 necesita.
- 33.- RELAJAMIENTO:
 Aprender a tranquilizarse y relajarse cuando usted est3 ten- 1 2 3 4 5
 so.
34. AUTO-CONTROL:
 Controlar su car3cter antes de hacer cosas fuera de su con-- 1 2 3 4 5
 trol.
- 35.- NEGOCIACION:
 Llegar a un acuerdo el cual sea satisfactorio para usted y - 1 2 3 4 5
 otra persona que ha tomado una postura diferente.

36.- AYUDAR A OTROS:

Ayudar a otros quienes están teniendo dificultades para manejar 1 2 3 4 5
una situación por ellos mismos.

37.- ASERTIVIDAD:

Mostrarse por sí mismo, para permitir que otras personas cono-- 1 2 3 4 5
can lo que usted quiere, lo que usted siente o lo que usted pien_
sa acerca de algo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

36.- AYUDAR A OTROS:

Ayudar a otros quienes están teniendo dificultades para manejar una situación por ellos mismos. 1 2 3 4 5

37.- ASERTIVIDAD:

Mostrarse por sí mismo, para permitir que otras personas conozcan lo que usted quiere, lo que usted siente o lo que usted piensa acerca de algo. 1 2 3 4 5