

3
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"



DATOS GENERALES, APROXIMACIONES
TERAPEUTICAS Y PREVENCION DEL
ALCOHOLISMO

REPORTE FINAL DEL SERVICIO SOCIAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

IMELDA MA. DE JESUS CABRERA JUAREZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
PROLOGO.....	1
INTRODUCCION.....	2

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

Términos Generales.....	7
Definición de alcoholismo.....	9
El alcohol comparado con otras Drogas.....	11
Clasificación de Alcoholismo.....	14
Causas del Alcoholismo.....	16
Consecuencias del Alcoholismo.....	26
Algunos Tratamientos utilizados en pacientes alcohólicos	35
Prevención.....	69
Alternativas Generales.....	78

CAPITULO 2

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Metas Curriculares y Objetivos Institucionales.....	84
Objetivos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.....	86
Objetivos Personales.....	87

CAPITULO 3

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

Antecedentes históricos de la Institución.....	90
Organización de la P.G.J. del Distrito Federal.....	92
Organización de Los Pasantes de Psicología.....	96
Antecedentes Históricos de la Delegación de Xochimilco	
Límites Geográficos de la Delegación.....	103
División Política de la Delegación.....	104
Características Geográficas de la Delegación.....	107
Características Propias de la Población.....	112
Urbanización.....	118
Organización Política.....	121
Sistema de Seguridad.....	122
Administración y finanzas.....	122
Desarrollo económico.....	123
27 (a) Agencia Investigadora del Ministerio Público.	124

CAPITULO 4

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA

Casos de Alcoholismo.....	130
Inhalantes de cemento.....	130
Problemas familiares.....	131
Problemas Conyugales.....	132
Niños maltratados.....	132
Demencia Senil.....	133
Esquizofrenia Simple.....	135

	Pág.
<i>Violación</i>	135
<i>Robo</i>	136

CAPITULO 5

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE DE PSICOLOGIA

<i>Evaluación de Caso y Tratamiento</i>	138
---	-----

CAPITULO 6

R E S U L T A D O S

<i>Actividades de Evaluación</i>	142
<i>Actividades Terapéuticas Emprendidas por Caso</i>	143
<i>Educación por parte de la institución</i>	148
ANALISIS.....	150
CONCLUSIONES.....	154
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.....	156
BIBLIOGRAFIA.....	158
Anexos-.....	161

PROLOGO

Este reporte de Servicio Social pretende dar a conocer de manera muy general los resultados y experiencias obtenidas en una institución como es la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal.

El servicio prestado durante los seis meses significó para mí el inicio de mi práctica profesional, se hizo conocer mis limitaciones en cuanto a los conocimientos y concepción de la vida. Estas reflexiones se engloban al concluir este reporte. Por lo anterior, agradezco a esta Institución su apoyo brindado.

Y de manera muy especial agradezco a la persona que asesoró este trabajo ya que habiendo dejado de asistir a la escuela por tres años sin concluir este reporte, se ha atendido con gesto de amabilidad y comprensión.

INTRODUCCION

El siguiente trabajo muestra de manera general las experiencias obtenidas en el Servicio Social realizado en la - 27a. agencia investigadora de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Se analiza un marco conceptual relacionado a la psicoterapia del alcoholismo crónico. Este tema se escoge a partir de que ocupa el segundo lugar en frecuencia de los casos tratados durante el servicio social. El desarrollo técnico se es quematizando la importancia de combatir el alcoholismo en la comunidad. Esta conceptualización se maneja como base en la - Psicoterapia el enfermo alcoholico, se plantea un esquema general de la influencia que tiene el conocimiento de las causas y consecuencias del alcoholismo en la formulación del - diagnóstico y pronóstico del paciente alcoholico al llevar a cabo el tratamiento de tipo psicológico. Como datos complementarios a esta información se presenta la relación del etanol con otras drogas. Para finalizar el marco conceptual se plantea el tratamiento psicoterapéutico en el que se utiliza una serie de estrategias que formulan las diferentes corrientes - psicológicas en relación al alcoholismo.

En el siguiente capítulo se menciona los objetivos -- institucionales, curriculares y personales para el funciona -

miento del servicio social en la formación del estudiante.

En la parte correspondiente a las características de la institución se dan a conocer datos históricos sobre la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, sus objetivos para el servicio a la comunidad así como los objetivos para el pasante de Psicología. De igual forma se habla de la población de Xochimilco haciendo resaltar su historia en cuanto al origen de la población y el desarrollo urbanístico considerando aspectos como los límites geográficos de la Delegación, división política, características geográficas, distribución del suelo, características de la población. Dentro de este tema se trata el crecimiento demográfico, vivienda, educación, cultura y salud. Se menciona la urbanización llevada a cabo en los últimos años en cuanto a deportes y servicios públicos. Finalmente al mencionar algunas características -- propias de la agencia investigadora relacionadas al funcionamiento de los recursos humanos como son el juez calificador y el agente del Ministerio Público; se menciona también la cantidad de recursos naturales disponibles en esta agencia investigadora.

En cuanto a la población atendida, se mencionan los casos más frecuentes según los datos de morbilidad presentados en la parte de resultados de este reporte tratándose en primer lugar los casos por problemas familiares, y en segundo

Lugar problemas por alcoholismos, siguiendo el orden de mayor a menor frecuencia se tienen casos de niños maltratados, demencia senil, esquizofrenia, violación y robo.

De las actividades realizadas por la pasante de Psicología se consideran básicamente tres: que son a nivel orientación, de tratamiento y canalización con relación a esto pero en otro capítulo se presentan los resultados en cuanto a -- orientación y terapia principalmente.

El análisis se describe como la importación que tiene el servicio social en la formación del estudiante, para esto se divide en relación a los objetivos, a la Procuraduría General y de Justicia del Distrito Federal, a los resultados y -- el marco conceptual.

Finaliza el trabajo presentando una serie de conclusiones, propuestas y recomendaciones que de manera personal -- influyen en una adecuada formación del pasante en Psicología durante el Servicio Social en relación a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

PSICOTERAPIA DEL ALCOHOLISMO CRONICO

PSICOTERAPIA DEL ALCOHOLISMO CRONICO

Para entender la importancia del estudio psicoterapéutico del alcoholismo crónico es necesario conocer la magnitud del problema en el desarrollo de la humanidad, así como la capacidad que tienen los humanos para combatir este tipo de farmacodependencia.

Dentro de estos términos el alcoholismo figura como problema de salud pública, ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de muerte en la República Mexicana. Fortalecido a diario por los medios masivos de comunicación, el índice de alcoholismo a nivel mundial, llega al grado en que por lo menos dos de cada tres adultos beben alcohol ocasionalmente, de esta forma los datos estadísticos registraron de -- 1970 a 1979 que en el planeta alrededor de 5.5 millones de habitantes eran alcohólicos consuetudinarios.

El alcoholismo fomentado se agrava tomando en cuenta que se inició con la humanidad como un hábito, que se hizo costumbre, después tradición. Así el proceso de civilización del hombre lo acompañó el desarrollo y refinamiento de bebidas alcohólicas. Bebida sociocultural indispensable en la adoración al dios, actos sociales e inclusive en la ciencia. Por ejemplo en la Cultura Azteca podían emborracharse ancianos

nos o prisioneros de guerra condenados a muerte, Pero estaba severamente penada la violación a esta norma, con la conquista española desapareció esta regla provocando la degeneración de los indlgenas.

El problema se agrava considerando que los efectos del etanol son suficientes para fructificar su presencia en la sociedad, por una parte es la euforia de sus efectos iniciales y enseguida es anestésico con dosis más fuertes por lo que es visto, inclusive, como un remedio casero en diversas enfermedades incluyendo estados de ánimo.

Habiendo mencionado estos datos generales para llevar a cabo el tratamiento del paciente alcohólico, el psicoterapeuta debe estar conciente de la gravedad del problema en la sociedad y la manera en que la comunidad maneja el alcoholismo, sus causas y consecuencias. A continuación se describen algunas definiciones generales que se deben tomar en cuenta en la elaboración del diagnóstico del paciente alcohólico.

TERMINOS GENERALES.

En el manejo psicoterapéutico del paciente, se incluyen términos característicos de este padecimiento. Concreta mente al alcoholismo se considera una enfermedad caracterisa-

da por la adición al etanol, el cual se considera como droga.*

En primer lugar se define farmacodependencia como un estado psíquico o físico que resulta de la interacción entre el organismo y una sustancia habitual, con actividad medicamentosa. Se caracteriza por modificaciones de la conducta y reacciones que implican siempre el impulso a tomar una conducta y reacciones que implican siempre el impulso a tomar un fármaco o sustancia de manera continua o periódica a fin de obtener sus efectos psíquicos y evitar el malestar por su privación. (1)

En seguida definiremos droga, abstinencia, tolerancia y dependencia:

Droga: Es cualquier compuesto químico que afecta al protoplasma de un ser vivo, (2) con la condición de ser ingerido voluntariamente al organismo conociendo las reacciones físicas o químicas que estas ocasionan (Organización Mundial de la Salud).

Síndrome de Abstinencia.- Son los malestares físicos que se presentan por la privación de la droga, se integran en

* En la actualidad la mayoría de los investigadores consideran el etanol (componente del alcohol) una droga con efectos semejantes a la marihuana y otras drogas.

(1).- Guerra Guerra Armando J. El alcoholismo en México.
Ed. Fondo de Cultura Económica, Méx. 1977 pág. 23

(2).- Rosenthal; Mothner. Drogas Padre e Hijos.
Ed. Diana, México. 1982 Pág. 20

síntomas y signos de naturaleza física o psíquica, que varían -- según la droga. (3)

TOLERANCIA A LA DROGA.- Es el estado de adaptación orgánica a través del cual ante la misma cantidad de droga se presenta una respuesta del organismo cada vez menor.- Se observa tolerancia cruzada cuando el organismo se adapta a varias drogas de la misma familia. (4)

DEPENDENCIA.- Se habla de dependencia psíquica y física. La primera es cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga con el fin de obtener placer o evitar un malestar. La Dependencia física es un estado de adaptación que se manifiesta con intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de una droga. (5)

DEFINICION DE ALCOHOLISMO

Una vez conocidos los términos, se define al alcoholismo como la dependencia física o psíquica hacia el alcohol--

(3).- De la Garza; Vega. La Juventud y las drogas
Ed. Trillas, Méx. 1973 pág. 10.

(4).- Idem. 3. pág. 11

(5).- Idem. 3. pág. 10

con incapacidad de abstenerse de su ingestión, lo que afecta al individuo, a su familia y a la sociedad. (6)

Esta definición orienta al psicoterapeuta para determinar el diagnóstico del paciente alcohólico ya que por sus propiedades químicas, el alcohol cause un alto nivel de tolerancia en el organismo, ocasionando una gran dependencia al grado de que, iniciada la ingestión, el alcoholismo es incapaz de dejar de beber con evidente pérdida de control. El alcohólico puede presentar bajo grado de tolerancia, es decir, con una cantidad reducida de alcohol, manifiesta signos de embriaguez. La tolerancia en el alcoholismo es la adaptación por la cual el bebedor necesita una dosis mayor de alcohol para sentir los mismos efectos. (7)

Finalmente en el alcoholismo la abstinencia es la ausencia absoluta a la ingestión moderada de alcohol, hasta cinco veces en un año en situaciones especiales. En los alcohólicos crónicos, la abstinencia repentina causa graves trastornos como el delirium tremens. (8)

(6).- Idem. 1. pág. 25

(7).- Idem. 3, pág. 60

(8).- Davison Generald G.; Neale John M. Psicología de la conducta ANORMAL. Ed. Limusa, Méx. 1950. pág. 286

EL ALCOHOL COMPARADO CON OTRAS DROGAS.

En comparación con otras drogas, el alcohol, junto con el tabaco son social y legalmente aceptados. A pesar de causar más trastornos físicos que la marihuana. Muchas veces otro tipo de drogadictos utiliza el alcohol para intensificar los efectos de la droga como es el caso de las barbituricos y los derivados del diasepam, encontrándose adictos al alcohol y al mismo tiempo a otras drogas.

Un caso similar es la combinación del alcohol y el refresco de cola que produce un efecto antagónico en el sistema nervioso central, el alcohol como sedante mientras la cafelna es excitante. En estas condiciones el organismo logra mayor resistencia a los efectos del alcohol.

Dentro de la clasificación de drogas, el alcohol se encuentra al par de los barbituricos, los tranquilizantes y los anestésicos como un contractor sumamente poderoso. (9)

El cuadro 1.P muestra una comparación de las drogas más conocidas en relación a sus efectos, de este cuadro se deduce que el alcohol tiene efectos más graves que otras drogas

(9).- Torres Ramón. El Flajelo del alcoholismo.
Ed. Editores Unidos Mexicanos, S.A. Méx. 1984, pág. 109

Cuadro 1.P

Tipo	Nombre más común	Uso médico	Tolerancia	Dependencia Física	Dependencia Psicológica
Nicotina	tabaco	Ninguno	X	X	de X a XXX
Alcohol	Bebidas alcohólicas; vino, cerveza, tequila.		de X a XXX	de X a XXX	de X a XXX
Cannabis	Marihuana, Hachis	En estudio: <u>Tra</u> <u>tamiento glau-</u> <u>coma, asma, etc.</u>	de X a XXX	-	de X a XX
Alucinogeno	LSD, mezcalina, psicibina, etc.	No uso <u>corrien</u>	X	-	de X a XX
ESTIMULANTES					
Anfetaminas	Benzedrina, dexedrina.	Anoréxico, <u>com</u> <u>bate la fatiga</u> <u>la depresión,</u> <u>etc.</u>	XXX	X	de X a XXX
Cocaína	Hojas de coca, cocaína.	Anestésico <u>lo-</u> <u>cal analgésico.</u>	-	-	de XX a XXX
Caféina	café, té, coca cola	Estimulante	de X a XX	X	de X a XX
SEDANTES:					
Tranquilizantes menores.	Librium, valium, etc.	Relajantes <u>mus</u> <u>culares, ansio</u> <u>líticos.</u>	de X a XXX	X	de X a XX
Barbitúricos	Amital, Nembutal-	Hipnóticos	de X a XXX	de X a XXX	de X a XXX
Inhalantes	Opio, morfina, he - Pegamentos, gasolina.	Analgésico Anestésico	XXX X	XXX XXX	de X a XXX de X a XX
- inexistente	<u>X</u>	débil X ligera	XX moderada		XXX fuerte

legalmente y socialmente sancionadas.

Por lo mencionado anteriormente el psicoterapeuta debe tomar en cuenta en la entrevista, la relación del paciente con otros fármacos. Por consecuencia, un paciente que presenta adicción a una o más drogas, tanto el diagnóstico y pronóstico varían al especificado en el alcoholismo y el tratamiento será más intenso y complicado con intervención multidisciplinaria definitivamente.

CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO

Las clasificaciones que a continuación se describen son útiles para determinar el diagnóstico ya que una vez analizados los datos de la entrevista se puede especificar qué tipo de paciente alcohólico se está tratando. A partir de sus características psicofisiológicas se determinará el tratamiento y el nivel de gravedad del pronóstico.

Entre las clasificaciones de alcoholismo existen dos más reconocidas. Por una parte Perrin (1950) describe 3 tipos de alcoholismo bajo los siguientes términos.

- 1) El alcoholismo agudo donde se agrupan alcohólicos que alternan una época de ingestión por otra la abstinencia:
- 2) El alcoholismo crónico, que a su vez se subdivide en: a) el consumo de alcohol excesivo habitual, sin manifestaciones patológicas, y b) el alcoholismo crónico, confirmado por las complicaciones; 3) la alcoholomanía. Es un mayor grado de dependencia alcohólica donde el paciente vive para ingerir alcohol, con severas alteraciones patológicas.

El otro criterio de clasificación es el propuesto por Jellinek (1946) quien introduce puntos de vista psicológicos y

socioculturales y enmarca el alcoholismo en cuatro grupos:

- a). El alcoholismo neurótico, con problemas más subyacentes previos de ansiedad y frustración para quien el alcohol representa una tranquilizador; b). El alcoholismo no complicado son alcohólicos por el gusto de imitar o ser aceptados en un grupo, su alcoholización no es habitual y rara vez llega a la embriaguez completa;
- c). La alcoholomanía con pérdida del control, Una vez que el paciente empieza a beber, siente el deseo de seguir ingiriendo bebida con incapacidad de abstenerse.
- d). Alcoholismo con incapacidad de abstenerse de beber. Son bebedores habituales, gravemente intoxicados durante muchos años que presentan complicaciones orgánicas y mentales. La abstinencia de 24 hrs. les causa síndrome con graves síntomas patológicos. (10)

El mismo Jellinek (1952) observa que antes de llegar a estados graves de alcoholismo el paciente atraviesa diversas fases. La primera fase es la prealcohólica, abarca los bebedores sociales que buscan efectos tranquilizantes en el alcohol. En la segunda etapa predominal, el bebedor se alcoholiza a escondidas, ve el alcohol como una droga más que como una bebida co-

(10).- Idem. l. pág. 42

común. En esta etapa el bebedor sufre amnesias y aún en estados de intoxicación actúa diferente a su comportamiento habitual. - La denomina crucial ya que en esta, el individuo corre el peligro de perder todo lo que valora. A este nivel el paciente reincide en la bebida dejando de tomar solo por algunas semanas de abstinencia acompañada en algunos casos con alucinaciones que se presentan por el alto grado de intoxicación.

En la fase crónica, el bebedor es habitual, el organismo se acostumbra a la presencia del alcohol de tal forma que toda suspensión de alcohol va acompañado por síntomas de abstinencia. El comportamiento más característico de este bebedor es la enorme necesidad de ingerir alcohol de todo tipo consiguiéndolo por cualquier medio. Descuida su apariencia personal y sufre graves grados de desnutrición. No le importa en absoluto la familia, amigos y ocupaciones sociales.

CAUSAS DE ALCOHOLISMO.

Las causas del alcoholismo son diversas. Sin embargo es importante determinar en la entrevista con el paciente y sus familiares, el origen probable de la alcoholización de la persona. Este criterio ayudará al psicoterapeuta en el planteamiento tanto del diagnóstico como del pronóstico. Con esto se afirma que la influencia psicoterapéutica será diferente en el tratamiento de cada paciente.

Las causas del alcoholismo se pueden determinar de manera general por las propiedades del alcohol como sustancia, - las características de la persona y por el contexto social y - cultural en que vive el sujeto, aunque estas causas pueden actuar de manera conjunta se analizan en forma independiente ya - que existen personas no alcohólicas en una sociedad en que gran parte de sus miembros se encuentran propensos a ser alcohólicos. --

Propiedades del Alcohol

Su componente principal es el etanol que al ser ingerido afecta al organismo en diferentes formas. En dosis menores pueden actuar como estimulante o tranquilizante del S.N.C. facilitando la comunicación en los individuos en las reuniones sociales. Sin embargo en dosis mayores, atrofia la reacción de - los reflejos, disminuye la percepción del individuo, ocasiona - desequilibrio, inseguridad con presencia de disdalia. A este nivel, el alcohol se convierte en una droga peligrosa, útil únicamente al individuo que desea olvidar en un momento sus frustraciones. Como droga, las propiedades del etanol favorecen en -- gran cantidad la tolerancia y dependencia en el organismo humano.

Características de la Persona.

En esta parte, se analizan las características de la-

persona que puede actuar como causa del alcoholismo en el individuo. Relacionando los puntos de vista de los diferentes autores se encontraron dos tipos de causas biológicas y psicológicas.

Biológicas. - Entre las causas biológicas del alcoholismo se encuentran las explicaciones genéticas y las fisiológicas. Para los genetistas, los factores hereditarios pueden participar en diversos niveles. A saber: a) La susceptibilidad a los efectos tóxicos agudos del alcohol etílico; b) En el metabolismo de la droga; c) En la adaptación del sistema nervioso central en la ingestión crónica; d) En la susceptibilidad al desarrollar lesiones orgánicas en trastornos de conducta; e) En la presencia de factores predisponentes de orden psicológico. En el caso particular de la teoría genotrófica de R. Williams (1959) específica como causa del alcoholismo las deficiencias hormonales o bien el desequilibrio endocrino que ocasiona un déficit nutricional inicial, que en unión con otros factores hereditarios y el medio ambiente constituirá un tipo metabólico productor de la dependencia fisiológica hacia el alcohol. Siendo difícil de comprobar esta teoría, se pone en duda tal vez lo que parece respuestas metabólicas. No son en realidad más que efectos de la ingestión del alcohol. (13)

De los factores fisiológicos que contribuyen al origen del alcoholismo. Ninguno ha sido identificado como portador de la etiología del mismo. En el manual de alcoholismo publicado por American Medical Association se resumen siete hipótesis:

- a) Una alteración metabólica indefinida, que causa una necesidad primaria de ingerir alcohol.
- b) Un metabolismo anormal del azúcar.
- c) Una indeficiencia endócrina como puede ser el hipotiroidismo. El hipopituitarismo o hipocondadismo.
- d) Deficiencias dietéticas o metabólicas de vitaminas, zinc, magnesio, sodio y otras sustancias.
- e) Un mal funcionamiento glandular. Como una deficiencia hepática e hiperinsulanismo o una desincronización de las glándulas endócrinas.
- f) Una sensibilidad indeterminada a un producto físico, cuyos síntomas solo son aliviados por el alcohol.
- g) Una función defectuosa del hipotálamo que causa una necesidad inconsolable de ingerir alcohol. (14)

El análisis neurobioquímico, Sbell Hello y Mendelson (1955) generalizan estas hipótesis en dos mecanismos bioquímicos (14).- Idem. 1 pág. 51

cos posibles en el desarrollo a la tolerancia: a) Un aumento en la tasa de degradación del etanol (tolerancia metabólica): b) - Un aumento en el nivel de adaptación celular al etanol en el sistema nervioso central.

Psicológicas.- El mecanismo para llegar al alcoholismo crónico es tan sutil que puede afectar indefectiblemente a quien por -- apariéncia piense que no puede ser proclive a ello. En espe -- cial en las investigaciones del Dr. P. Desclaux (1952) el alcoholismo predomina en los individuos neuróticos, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduros, tendientes al aislamiento, dependientes que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad del alcoholismo en tres factores predisponentes:

- 1) Son personas que responden a las bebidas alcoholicas en una forma que les permite experimentar intensos alivios y rela-fación.
- 2) Su personalidad les impide enfrentar con éxito los estados - represivos, la ansiedad y la frustración.
- 3) Pertenecer a las culturas que provocan culpabilidad y confu- sión en torno a la conducta del bebedor. [15]

Las explicaciones teóricas y más reconocidas sobre -- las causas del alcoholismo son las de la escuela psicoanalista y la escuela conductista.

Según la escuela psicoanalista, el alcoholismo es el resultado de un trastorno emocional y de una privación temprana que producen en el sujeto inmadurez. El alcohol sirve para aliviar la ansiedad, la hostilidad, inferioridad y depresión. Todos ellos, signos de problemas emocionales más profundos. (16)

Para la escuela conductista, el alcohol es una respuesta aprendida, el individuo encuentra en la bebida alivio a sus sentimientos de ansiedad y miedo. Esta reducción de males -- tar se ve como una recompensa que se obtiene con el alcohol, -- por lo que cada vez que se presenta la crisis, el sujeto recurre a la droga. (17)

Las teorías anteriores ayudan a explicar la imitación y el machismo de los adolescentes, sobre todo al verse vlctimas de la angustia, la soledad y los deseos de evasión de los problemas de modernismo actual. O bien aquellas personas que mediante los efectos del alcohol regulan su conducta ante el público.

(16).- Idem 3. pág. 61

(17).- Idem 3. pág. 61

En las dinámicas familiares se observa un patrón en el mantenimiento del alcoholismo que, explicado en términos psicoanalíticos es de la siguiente manera: En un caso donde el padre es contradictorio a la madre sobre-protectora, que se ajusta a las necesidades de su bebé, proporcionándole excesiva gratificación oral, para fomentarle dependencia extrema y no dejan que aprenda los medios adecuados de control de sí mismo como resultado de esto, se observan grandes necesidades emocionales poco comunes, fallas inevitables de recursos para llenarlas plenamente y satisfacerlas. Así el paciente alcohólico presenta una personalidad pasivo-agresiva y pasivo-dependiente y en algunos casos se muestra paranoide, histérico y esquizoide con un comportamiento anti-social. Se observa también que el alcoholismo está asociado a neurosis depresivas, dicha unión se conoce comúnmente como alcoholismo depresivo observando en pacientes que han mostrado depresiones crónicas. Otras neurosis asociadas al alcoholismo son la fobia y la obsesiva-compulsiva. (18)

CAUSAS POR EL CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL.

Son las causas sociales determinantes en el mantenimiento y expansión del alcoholismo crónico, ya sea por el tradicionalismo, las condiciones ambientales y el abuso de la publicidad.

(18).- Idem 1. pág. 53-54

Tradicionalmente en la zona campesina mexicana se observa el uso del pulque como un alimento con la creencia que contiene grandes dosis de vitaminas y proteínas, lo cual es negado por los análisis del laboratorio. No solo el pulque forma parte de este tradicionalismo, en todas las regiones del país se preparan infinidad de fermentados de semillas y frutas dando como resultado la participación del alcohol en toda su organización social incluyendo en fiestas familiares, religiosas y sociales, o bien como medicamento en enfermedades de los integrantes de los grupos. En las zonas urbanizadas las personas acostumbra alcoholizarse en sus reuniones sociales no solo con bebidas nacionales, sino también importadas, de esta forma las costumbres se van retroalimentando entre las generaciones.

Estimulan el uso del alcohol, el medio ambiente físico y el medio ambiente social, por ejemplo en el medio ambiente físico las épocas de frío estimulan la ingestión del alcohol para ambientar el organismo, en las zonas tropicales, el agua de coco con ginebra es refrescante a las personas, la presencia de cantinas cerca del hogar y del trabajo, facilitan la alcoholización de los sujetos. Dentro del medio ambiente social Erick (1970) Fromm en un estudio realizado en el Estado de Morelos obtienen las siguientes causas:

El aburrimiento.- Para Erick Fromm el alcohol como compensador-

del aburrimiento que ofrecen los canales normales de nuestra cultura; no realizan su función debidamente. De ahí que se busquen otros medios de alivio al aburrimiento y el alcohol es un medio que emplea el hombre para que le ayude a aliviar su hastío.

El Ocio.- El hombre por naturaleza no puede permanecer sin hacer nada, cuando eso sucede, compensa el vacío que siente con estímulos que en sí, no son positivos. Un ejemplo son las cervecerías cuyos dueños colaboran y alegran la atmósfera de la cantina con una ilusión de excitación y alegría que falta en otras actividades del pueblo. (19)

Entre los estudios de García Rojas (1978) sobre zonas marginadas observa que existen un alto porcentaje de alcoholismo en la población demostrando que los problemas socio-económicos van juntos con el desarrollo y el agravamiento del alcoholismo, de esta manera determina dos causas:

- La desesperanza, la pobreza, la falta de perspectiva de mejorar, la certidumbre de que el futuro será mejor que el presente, promueven el alcoholismo.
- El ambiente familiar que enmarca al individuo que se encuen-

tra en esta situación también promueve la "fuga" a través del alcoholismo.

Al sentirse importante para contribuir al bienestar de la familia, la comprobación de que pese a todos los esfuerzos, no hay posibilidad de alimentar y educar a los hijos. El alcohol crea una ilusión sobre esta realidad de angustia que padece el hombre y la mujer.

LA PUBLICIDAD COMO CAUSA.

Para los especialistas en comunicación, la publicidad actúa en dos niveles: consciente e inconsciente. En este último nivel se reúne la información simultánea a un nivel subliminal, en el que aparentemente no nos damos cuenta de manera consciente de los daños que llegan al cerebro. Uno de los mecanismos más utilizados en la "seducción subliminal" en la que se estimula la excitación, satisfacción y sensualidad. De esta manera se inicia al consumidor al temor constante de bebidas embriagantes presentándose las deseables y positivas, estimulando las manifestaciones más graves del alcoholismo como es la adicción que crea la dependencia. De esta manera se preparan los comerciales utilizando sentimientos como el patriotismo, la seducción sexual, etc.

El hecho de que gran parte de los programas de T.V. y

radio estén patrocinados por compañías destiladoras, han demostrado que es la publicidad la principal causa de aumento del alcoholismo en individuos menores de edad.

CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO

A continuación presentaremos una serie de consecuencias que hasta este momento se han caracterizado por ser las más frecuentes. Los daños ocasionados por el alcoholismo son tan drásticos que limitan la psicoterapia del alcoholismo crónico. Según el estudio realizado, se encontró que tres entidades del individuo son las más afectadas, estos son: su comportamiento, su fisiología y a nivel masivo, la sociedad.

El alcoholismo conforme avanza su enfermedad, se ve perturbado tanto psicológicamente y fisiológicamente, es así como hablaremos concretamente de sus consecuencias psicofisiológicas y socioeconómicas únicamente.

CONSECUENCIAS PSICOFISIOLOGICAS.

Los síntomas y signos de embriaguez aparecen cuando el alcohol afecta al cerebro y desorganiza sus funciones. Esto sucede en alcoholemias que van de 0.5 a 0.8 gramos por litro de esta forma la borrachera no es otra cosa que la intoxicación -

aguda y pueden describirse diferentes niveles; intoxicación leve, intoxicación de mediana intensidad e intoxicación grave que puede provocar la muerte.

Los cuadros observados en individuos que han ingerido cantidades moderadas de alcohol, presentan sensación de euforia, de bienestar, y locuacidad. No se preocupa el individuo por las consecuencias de sus actos, el carácter emocional se hace ostensible, la energía motora aumenta, los movimientos motores son más rápidos y bruscos, por la inhibición de reflejos condicionados se pierde la autocritica, la duda, la educación, se presenta el deseo de la autoexpresión. En cambio los cuadros de intoxicación etílicas agudas presentan síntomas como mareos, desinhibiciones, en coordinación motora, ataxi, disartria y euforia.

En este nivel se puede llegar a extremos peligrosos - en casos de ingestión abundante y prolongada, se observa confusión, agitación psicomotriz, agresividad e incluso estupor - en caso de alcoholemia* de 200 mg. por 100 ml.

Así, en algunos casos de alcohólicos consuetudinarios crónicos padecen lo que se denomina psicosis alcohólica dramática y repentina, el cual el paciente con cantidades bajas y-

* Alcoholemia. - Es el nivel de alcohol en la sangre y se determina gramos de alcohol en un litro de sangre.

y moderadas de alcohol presenta un cuadro caracterizado por -- confusión, trastornos sensorio-perceptivos e hiperactividad y sobre todo conducta impulsiva y agresiva que puede llegar a la destructividad, los trastornos emocionales son profundos y -- consisten en furia, angustia o depresión y se acompañan frecuentemente de impulsos suicidas u homicidas. Este cuadro comprende a descargas paroxísticas del lóbulo temporal por lo que se puede indicar el uso de sustancias antisépticas.

Las consecuencias fisiológicas más frecuentes en los -- alcohólicos crónicos son las alteraciones en el aparato digestivo, en el esófago se presenta esofagitis aguda, en el estómago, gastritis aguda excesiva, gastritis crónica o bien úlcera -- gástrica, las alteraciones del páncreas en pancreatitis aguda recidivante y finalmente en el hígado se observa hígado -- graso, hepatitis alcohólica aguda y cirrosis hepática.

El alcohol también afecta a otros órganos como el corazón, ocasionando cardiopatías agudas o crónicas; un sistema -- inmunológico provocando susceptibilidad a las infecciones en el tejido hematopoyético puede presentarse plaquetopenia, leucopenia y anemia; en la piel propicia lesiones cutáneas; y finalmente en los efectos fisiológicos del alcohol se puede observar la disfunción sexual, es probable que aparezca importancia total o parcial.

El abuso del alcohol durante el embarazo de la mujer (100 Cm³/1 día) determina un mayor riesgo de concebir un hijo anormal tanto a nivel mental como físico y conductual, se han encontrado en estos casos que las mujeres se desprecupa- de - su salud y del futuro próximo. Además, por lo regular son adic- tas a otra droga.

De las consecuencias psicofisiológicas graves son las que se presentan en periodos de abstinencia de los alcohólicos crónicos, estos pueden ser Delirium Tremens, el síndrome de - Wernicke y la alucinosis alcohólica, a continuación se descri- be brevemente los síntomas y signos de cada uno.

Delirium Tremens.- Es la complicación psicofisiológica más gra- ve, fué descrito por primera vez en 1853 por Sutton para desig- nar la psicosis aguda sobrevenida en el alcohólico crónico de- terminada por un trastorno metabólico secundario a una inges- tión particularmente abundante y prolongada. Nunca se presenta durante la fase de ingestión, sino hasta el tercer, cuarto o - quinto día posterior a esta con síntomas de agitación, irrita- bilidad e insomnio pertinaz, con breves periodos de sueño - trastornado que cursa con pesadillas horripilantes. Posterior- mente aparecen ilusiones y alucinaciones visuales, haciéndose- más frecuentes e intensas. A menudo el objeto representado por ellas se anima, asustando al enfermo: estas son por ejemplo; -

animales repugnantes de todas las formas y tamaños, pudiendo adoptar la forma de macropsias (animales gigantesco) o de micropsias (arañas, alacranes, etc).

Las alucinaciones táctiles y olfatorias, así como las auditivas también pueden presentarse. Puede suceder que el paciente esté con buen humor eufórico y locuaz. Pronuncia frases incoherentes y no tiene noción del espacio ni del tiempo. Las pupilas dilatadas reaccionan lentamente. La lengua, los labios y los músculos de la cara tiemblan. El cuerpo presenta casi siempre temblor agitado. Puede haber fiebre, con pulso débil, irregular y rápido. Los reflejos están exagerados o ausentes y si existen enuropatía, habrá dolor a la presión.

Síndrome de Wernicke.- Este síndrome se caracteriza por oftalmoplejía, pérdida de la memoria, confabulación, apatía, demen-
cia progresiva, ataxia, obnubilación de la conciencia e incluso coma, es más frecuente en alcohólicos crónicos de edad avanzada y obedece a una insuficiencia de tiamina y niacina, lo que da lugar a una acumulación de ácido pirúvico en la sangre y la consiguiente encefalopatía.

Alucianosis alcohólica.- La alucianosis alcohólica es también una condición que se presenta con mucha frecuencia en alcohólicos crónicos al suprimir la bebida, aunque en algunos casos -

Los síntomas pueden aparecer durante la fase de ingestión.

CONSECUENCIAS SOCIOECONOMICAS.

Los datos estadísticos son una muestra alarmante del crecimiento de la población alcohólica y sus consecuencias en la sociedad. Se considera que hay en nuestro país más de medio millón de alcohólicos y que éstos al dañar a su familia (de cinco integrantes en promedio) da una cifra de 2 500 000 mexicanos que sufren las consecuencias. De esta manera México ocupa el segundo lugar en América Latina en cuanto a la frecuencia del alcoholismo afectando a hombres y mujeres de 25 a 55 años de edad en proporción de diez hombres por cada mujer. Referente a los datos estadísticos es importante el que reporta la dirección de salud mental con relación a la población total en 1975 se calcula que por cada 10 mil habitantes el 59.18 sufre alcoholismo en cualquiera de sus formas. Se informa también que los delitos de sangre. 68 de cada 100 son cometidos en un alto índice por personas en estado de embriaguez.

Estos datos dan un marco estadístico de los problemas sociales a causa del alcoholismo que en particular se reflejan en el campo laboral, las familias desintegradas, los suicidios, aparte del empobrecimiento en el gasto familiar y de los hijos que nacen con deficiencia mental.

Cuando más uso y abuso se hacen de las bebidas, surgen más enfermedades que lo acompañan. Un meticoloso estudio estadístico de diez familias sobrias realizado por el doctor suizo Demme (1955) de la Universidad de Berna demuestra lo siguiente:

CONSECUENCIA	GRUPO ALCOHOLICO	GRUPO SOBRIO
Muerte en la primera semana.	25	5
Idiotas	4	4
Desenvolvimiento retrasado.	5	0
Epilépticos	5	0
Infecciones congénitas hidrocefalia	5	2
Normalidades de cuerpo y espíritu.	10	50
T O T A L	56	51

El trabajo bajo los efectos del alcohol hace más frecuentes los accidentes laborales, los trastornos propios del alcohol dificultan las relaciones sociales tanto de empresa -

rios como de empleados. En una investigación hecha durante - cuatro años en 50 individuos alcohólicos, el Instituto Mexicano del Seguro Social muestra que un internamiento de cada derecho-habiente alcohólico es de dos meses por año, lo que representa 625 horas de trabajo perdido.

Otro aspecto muy importante es la influencia negativa que el alcoholismo ejerce en la familia, a la que depaupera - traumáticamente neurotizándola y aún psicotizándola, generando nuevos problemas de desadaptación bio-psico-social.

Con el transcurso del tiempo, se ha visto que el marco de edad de la población alcohólica se ha extendido, encontrándose niños y adolescentes con problemas de alcoholismo, y gran parte de culpa la tienen los medios masivos de comunicación. A manera de ejemplo, basta mencionar que el miércoles -- 30 de junio de 1986 por el canal 5 de la T.V. de las 10.00 P.M. a las 11:30 P.M. se pasaron diez comerciales de bebidas, lo que significa que en 90 minutos, cada nueve minutos pasaron - un comercial sobre bebidas.

Ante este problema masivo de alcoholismo. El Código - Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos establece en el artículo 248: " El Consejo de Salubridad General mediante las -- disposiciones y reglamentos que formule, dictará las medidas--

necesarias para combatir el alcoholismo de acuerdo a las siguientes bases:

I.- La S.S.A. llevará a cabo de manera sistemática, una campaña de orientación científica sobre los efectos del alcoholismo en la salud y en las relaciones del individuo. Dicha campaña deberá desarrollarse en planteles educativos, centros de trabajo y en lugares donde el alcoholismo se encuentre más extendido.

II.- Las autoridades sanitarias federales y locales por ningún motivo concederán licencias para apertura de expendios de bebidas embriagantes a menos de quinientos metros de centros de trabajo, escuelas, hospitales iglesias, asilos o edificios públicos. (20)

Ante la breve descripción de este artículo desconocido por la mayoría, estamos en espera de su estricta aplicación que sin duda alguna será un medio para solventar el problema.

ALGUNOS TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN PACIENTES ALCOHOLICOS.

El tratamiento con pacientes alcoholicos puede considerarse un proceso tan complejo que implica diversas fases de atención. Dentro de este contexto, también hay que considerar el problema multicausal del alcoholismo así como la poca claridad de su definición Curre Levine y Liglor, 1891) lo que hace más complicado el tratamiento. Este es un punto clave para la confrontación de las posiciones teóricas al respecto como con la relación o la ayuda que se les brinda a los alcoholicos con respecto al éxito y solución de su problema y de ahí que existen tantos tipos de tratamientos como posiciones ante determinada teoría, de acuerdo a la definición que se tenga del alcoholismo.

Cada uno de las interpretaciones teoricas debe enfrentarse a la realidad pragmática para comprobar su éxito. En la comprobación de la validez de los postulados teóricos para el tratamiento del alcoholismo, deben tomarse en cuenta algunos puntos basicos si el concepto unitario la enfermedad permite un diagnóstico confiable para los propósitos de detección temprana y planeación del tratamiento, que tan económico es el tratamiento para que puedan tomarlo grupos de personas; cual debe ser la meta del tratamiento si la obstinencia o la moderación y en caso de ser esta última poder

detectarse los bebedores exitosos. De la manera en que se contesten estos interrogantes van a aparecer determinados tipos de tratamientos debido a sus implicaciones como desafíos teóricos y prácticos que encierra el campo de tratamiento (The Apical Report, 1984).

Diagnóstico.

En el establecimiento del diagnóstico se han tratado de determinar señales físicas y bioquímicas e indicadores psicosociales.

El método de prueba por señales bioquímicas para el alcoholismo implica el uso de prueba de laboratorio para detectar la composición del torrente sanguíneo se utiliza la prueba gamma-glutamyl transpeptidasa (GGTP) y la prueba del volumen corpuscular medio (Mean Corpuscular Volume MCV). El método de rejilla de la Lego que concede una calificación numérica a determinado signo férico cuya presencia puede ser indicativa de algún problema (piel, ojos, lengua, manos etc).

Sin embargo, la efectividad de los métodos bioquímicos puede verse alterada debido a la concurrencia patologías hepáticas, o no de otras drogas y de diferencias individuales, entre alcohólicos (Gaum et al, citado en The fifth Special Re -

port 1984). Se recomienda entonces su uso combinado con otras pruebas para aumentar su poder discriminativo.

Los indicadores precosociales como su nombre lo indica, son pruebas clínicas que intentan dilucidar los posibles síntomas tanto psicosociales como sociales que van ligados al alcoholismo (problemas físicos, familiares, legales, etc.) y que se cree pueden ser detectados en las etapas tempranas de este problema.

Se han utilizado para este fin principalmente cuestionarios, que incluyen tanto personalidad como la concurrencia de consecuencias sociales derivadas del abuso del alcohol. Para personalidad, uno de los instrumentos más utilizados es el Inventario Multifacético de Personalidad (MMPI), cuestionario de autodescripción del que se han derivado otros instrumentos, contruidos igualmente en escalas según Peralta y Jiménez (en Prensa), se han construido como escalas derivadas, a saber. Mc Andrew, con 49 ítems; Recenberg, con 27; Hampton con 125, Hoyt y Sedlacek, con 64 y la de Batalla con 90 ítems. La validez de estas escalas sigue siendo objeto de investigación.

El instrumento más usado en las pruebas psicosociales es la prueba de escrutinio para alcoholismo de Michigan (Michigan alcoholismo Screening Test, MAST), cuyo diseño es muy sencillo, lo que facilita su aplicación, ya que consiste en 25 ítems

que tratan sobre diversos problemas relacionados con el alcoholismo (orgánicos, sociales y conductuales), y que se responde como cierto o falso. La prueba ha demostrado ser válida en alto grado al ser usada en la práctica para distinguir entre el alcoholismo y no alcoholicos (Brady et al situados the fifth spense report, 1984).

Así mismo se han derivado otros instrumentos a partir de MAST, permitiendo más simplicidad y especificidad en lo que pretenden medir. Para obtener mejor resultados, se han venido haciendo combinaciones incluyendo pruebas clínicas, de laboratorio y psicosociales. También se ha utilizado una prueba que combina datos clínicos y síntomas psicológicos, la prueba de alcoholismo de Munich (Munich alcoholis test), cuyos resultados arrojan luz sobre este tema. En algunos países, en especial Francia y Suecia las investigaciones continúan Skinner et al, citado en the Fifth spenil Ruport, 1989).

Al parecer el uso adecuado de estas pruebas puede ser un auxiliar importante cuando se trata de delitos el problema, dado sus avances en cuanto al aumento creciente en su poder des criminativo. Sin embargo el poder realizar un diagnóstico no lo es todo, las metas del tratamiento ofrecen dificultades en la clasificación de este problema.

ABSTINENCIA Y MODERACION EN EL PLANTEAMIENTO DEL DIAGNOSTICO.

Otros de los puntos importantes a considerar es la controversia sobre el concepto de la falta de control que hace que la meta del tratamiento sea la abstinencia o bien, si un tratamiento debe fijar las bases para una conducta de beber moderada, lo cual presumiblemente haria más sencillo este y la recuperación sería mucho más rápida y es un punto que sigue causando dificultades porque todavía no se determina con exactitud sobre que bases se está trabajando para considerar que se quiere decir con moderación. (Quinier 1979) estableció que la persona "no adicta" es la idónea para la moderación en la bebida, sin especificar que es la "no adicción". Si suponemos que su apreciación es referida a la adicción física en términos de tolerancia fisiológica, será como algunas definiciones presuponen que solo puede beber moderadamente el que apenas se está iniciando en el alcoholico. Entonces si la falta de control (aumentó la tolerancia) va a distinguir a un alcoholico del que no lo es, se encuentra concomitante que hay una delimitación entre bebedor social (no adicto) y alcoholico (adicto). Más aún ¿que determinarla el límite de la moderación?

Es un estudio de Reporte Rand (Armor et al, 1978 citado en the Fifth special Report, 1984) se expresó que personas consideradas como alcoholicas podían beber moderadamente después de 6 meses a partir del tratamiento y que mantenían este-

estado hasta doce meses después un 25% de los pacientes (mars, - et al, 1981 citado en the Fifth spenil Report, 1984). La medida de moderación que se utilizó (sin fundamentarla) fue de 5 onzas o menos de alcohol por día y la ausencia de problemas consecuencia de la ingesta.

No obstante, si bien es un seguimiento corto pueden - obtenerse resultados al paso del tiempo los recaídos pueden ser mayor entre los sujetos asignados a la moderación que los de - otro grupo. Esto puede deberse fundamentalmente a la existen - cia de diferencia individuales de los pacientes con relación a la severidad de la dependencia; así como apoyos sociales que im pulsan a mantener la conducta de moderación entre otros facto - res. Entonces, si la meta del tratamiento se elige a partir de las diferencias individuales que tiene un patrón definido de - comportamiento con respecto a la bebida ¿quien podría ser consi derado candidato a la moderación? En un estudio se llegó a las - siguientes conclusiones:

"... El cuadro que emerge está claro: Los individuos - que van a ser bebedores controlados exitosos muestran menos semblanzas con el cuadro clásico de alcoholismo. Tienen menos problemas referidos a la bebida y los - han tenido por un periodo de tiempo más corto; tienen menos síntomas y menos historias familiares de alco - holismo y beben menos. Son probablemente más mujeres,

más jóvenes, y no se consideran así mismo como alcohólicos. Parece que la estabilidad social incrementa la probabilidad de beber controladamente, aunque éste es también un factor positivo de pronóstico para abstinencia. Cuando se considera la educación y el ingreso los datos se confunden y no hay un patrón claro". (Miller 1980. pag. 102).

Sin duda que trabajar hacia la meta de la moderación-conlleva menos esfuerzos tanto para el terapeuta como para el paciente, así como un costo menor. Pero para que un programa de este tipo pueda funcionar al menos con un margen razonable de éxito, los pacientes han de tener una estabilidad que en etapas más avanzadas de alcoholismo no se tienen. He aquí la importancia de detectar el problema en sus fases tempranas. El poder nacer un diagnóstico más preciso y temprano va a tener consecuencias importantes que influyen en la determinación del tratamiento, y más que influir en la terapéutica a utilizar, el uso de estas técnicas tendrán una utilidad muy importante en el campo de la prevención. (Peralta y Jiménez, en prensa).

En la actualidad como puede apreciarse fácilmente, el tipo de tratamiento más difundido de alcance popular para alcoholismo en México son los alcohólicos Anónimos, quienes tradicionalmente han trabajado con la meta de tratamiento basado en-

la abstinencia. Considerando lo anteriormente expuesto, la gente con la que trabajarla este tipo de instituciones ya estarla clasificada como adicto, si esto es así, y tomando en cuenta - que A.A. es para mucha gente la cristalización en la realidad - se centra en características bien definidas de organización y - conceptualización del alcohólico, con matices uniformes,

ALCOHOLICOS ANONIMOS (A.A.).

Los grupos de A.A. nacieron en U.S.A. en los años - treintas su existencia ha sido muy contravertida ya que es una organización descentralizada de lo médico y sanitario, todavía en algunos sitios posee carácter religioso.

Alcohólicos Anónimos se encarga de promover grupos - de carácter fraternal - no directo - que funciona valiosamente con la ayuda del alcohólico como individuo su base fisiológica se sintetiza en 3 preceptos:

- 1.- La fe en un Dios todopoderoso la que puede confiar a debilidad.
- 2.- Conciencia de que el alcoholismo es una enfermedad.
- 3.- La necesidad de no beber una gota de alcohol en las 24 horas del día.

(Las bases fisiológicas se encuentran en cualquier Programa de A.A.).

El procedimiento consiste en asistir con frecuencia y constancia, se debe conocer integralmente el programa y presentar servicios mediante la ayuda de otros alcohólicos que quieran orientación. Reunidos los pacientes, dirigidos por un modelador, cada individuo pasa frente al grupo a comentar sus experiencias en relación al alcohol. Existen organizaciones de A.A. donde el alcohólico se interna por semanas, dependiendo de su grado de dependencia. En otros grupos se permiten intercambios de experiencias entre las familias de los alcohólicos por lo que se organizan días de campo o simplemente comidas. En general cada grupo es libre de tener modalidades propias dependiendo de sus integrantes.

Vista crudamente, la ideología de A.A. sobre lo que se sustenta su marco de acción y sus perspectivas terapéuticas resulta anticuada en un contexto donde se trata de ligar el alcohólico como alguien en directamente responsable de una u otra manera - de su conducta de elección y donde es obvio que el locus de poder externo radica en la magia creada por las atribuciones que haya sobre el ambiente que lo rodea. Sin embargo, a pesar de los avances recientes para conceptualizar al alcohólico de manera responsable y libre, la ideología de los A.A. se ha mantenido constante al paso del tiempo. En suma la

ideología de esta organización es obsoleta (Tournier 1979). Se argumenta que esta falta de visión es promovida desde las mismas bases de la organización; es decir su mismo aislamiento como grupo y su renuencia a participar más activamente en el campo exterior. Madsen (1979) afirma que el grupo se encuentra en cambio constante, con una filosofía dinámica y una orientación crecientemente más abierta, pero su entusiasmo no ofrece pruebas. Más que ser la conclusión razonada de alguien que ha visto de cerca al grupo, parece ser dictado de la emocionalidad de quien lo afirma, se diría con mayor certeza que de todas maneras esa concepción que se sigue teniendo del alcoholismo y el alcohólico tiene probabilidades de ser superada (Tournier, 1979) en cuanto a la pretendida científicidad del método de A.A. otro autor elabora la siguiente conclusión:

"La filosofía (sistema de creencias) de un grupo dado visualmente se desarrolla a partir de las experiencias de sus padres fundadores, cuya carisma atrae a los demás hacia ellos. La ayuda (salvación) proviene de la identificación cercana con el grupo y así seguir asiduamente sus enseñanzas. La recaída viene de la desviación de las verdades establecidas, y la interpretación individual es desalentada poderosamente. La aproximación científica por contraste, es el mantenerse alerta en cuanto a la constitución de dogmas y la verificación de cambios a través de pruebas de hipótesis desprovistas de emocionalidad. El científico que estudia un proceso ... examina las variadas -

fuerzas que trabajan al mismo tiempo y mide su importancia relativa. El tratamiento por lo tanto, no puede ser aplicado de manera estereotipada, sino que puede variar de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del paciente individual". (Rosenburg 1979; p. 330).

¿Puede un grupo con las características de estaticidad y estereotipia en cuanto a su conceptualización del alcohólico y del alcoholismo ser auténtico representante de tratamientos antialcohólicos efectivos? Para probar esto, se necesita explorar el grado de efectividad de este tipo de terapia.

EXITO DE A.A.

Si las características particulares de A.A. como método filosófico están contenidos en un clima cerrado, perfectamente autonomista y que no permite la entrada de elementos contaminantes, no es de extrañar las enormes dificultades que se han tenido para tratar de evaluar su efectividad como tratamiento (Miller, 1980). Ciertamente debido a su carácter indopentista, que recrea la renuencia de sus miembros a participar en programas de tratamiento y evaluación fuera de los marcos de sus postulados básicos, se bloquea las posibilidades de una evaluación a fondo de este grupo.

Sin embargo, a nivel popular se acepta que los A.A.-

es el tratamiento más efectivo para alcohólicos. Según Goodwin- (1979), la confianza que popularmente se tiene en esta supuesta efectividad proviene de impresiones personales no de evaluaciones científicas. Este punto de vista proviene de cifras apagadas en otros autores, aunque estos difieren de un autor a otro.

Mientras que un autor afirma que la tasa de éxito es de solo 15% (Tournier, 1979), otro afirma que en comparación con otras drogas la tasa de éxito de A.A. es casi milagrosa "Madson 1979, p. 745). La cita de primer autor es confirmada por Miller (1980), basándose en los resultados de algunos estudios controlados. Para seguir con las variaciones de las cifras, al respecto Bakeland estimó que A.A. tiene una tasa de éxito - (citado por Pittman, 1977) como se puede ver, existe una gran - inconsistencia de datos que hacen sumamente difícil percibir - con claridad una evaluación concreta de esta organización. Esto se liga a metodologías deficientes, falta de claridad de los focos de investigación de los estudios, y la misma cerrazón de - A.A. entre otros factores. (Osborne y Glaser, 1981, citados en the Fifth special Report, 1984).

Ciertamente A.A. permite seguir creando la magia sobre su sub-sistencia, basado en los mismos conceptos de víctima y enfermo que sustenta el grupo; es decir, sobre el mismo alivio neurótico que se tiene al no sentirse responsable de sí. Si

Esto es así, convendría hacer una reflexión acerca del poder generalizador que este tratamiento tiene para toda la población. Comenzando porque su única meta es la abstinencia. Tomando esto como base, entonces a A.A. asistieron personas que de entrada poseen ciertas características, como un desarrollo más avanzado de la adicción. Así mismo, en cuanto a su personalidad y desarrollo individual, el tratamiento podría adecuarse a las necesidades de afiliación y dependencia, así como a la existencia de un nivel de autoritarismo alto (Miller 1980). En este caso un tratamiento de tipo A.A. solo podría ser exitoso en un núcleo determinado de personas, aunque esto siga siendo especulación, a falta de datos que sustenten a favor o en contra su marco de acción como ideología y tratamiento.

RUTA PHOENIX.

Existe otro grupo originario en Estados Unidos que al igual que A.A. activa sin bases científicas y de manera independiente, en ella se reciben adolescentes de diferentes orígenes desde delictivos trasladados por las autoridades hasta aquellos llevados por familiares. El primer paso es convencer al adolescente de "No alcoholizarse" o "Drogarse" una vez más, esto se logra a través de discusiones en grupo en lo que por regular los adolescentes manifiestan su rebeldía.

Una vez llegado el nivel de convencimiento se establece

cen normas de aseo, de trabajo y preparación escolar que deben seguir. Como estos se encuentran en un medio de cordialidad, no es difícil que se adapten al horario en el cual se especifica la hora de bañarse, desayunar, trabajar, comer, prepararse a través de seminarios, horas de lectura, etc.; la Institución se encuentra dirigida por los mismos pacientes por lo que pueden ir escalando puestos de mayor autoridad dentro de ella, sirviendo ésta como estímulos en su estancia, que es un tiempo mínimo según la dependencia de la persona a la droga. La base filosófica de este tratamiento considera que el adolescente no es capaz de autodirigir su vida y siempre tiende a seguir un modelo en el que primordialmente influyen los padres, se considera entonces que la desintegración familiar es la causa de desequilibrios emocionales que originan la dependencia a la droga en los adolescentes.

TRATAMIENTOS CON APROXIMACIONES MAS CIENTIFICAS.

1). Terapia del alcoholismo con intervención multidisciplinaria. Este método abarca 3 fases: Fase de desintoxicación, fase de motivación y fase de rehabilitación:

a) Fase de desintoxicación. Esta tiene por objetivo el tratamiento médico de la intoxicación alcohólica y sus complicaciones pueden durar de 24 a 72 hrs. realizándose en 3 niveles.

- I. Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol.
- II. Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso de que no se haya presentado.
- III. Tratar las complicaciones intercorrientes del alcoholismo.
 - b) Fase de motivación. Los objetivos a alcanzar en esta son:
 - I. Crear conciencia de enfermedad en el paciente.
 - II. Informar y educar al paciente y a sus familiares sobre la naturaleza, características y consecuencias de la enfermedad.
 - III. Controlar y superar aquellos mecanismos de defensa que impidan la aceptación de la enfermedad, por parte del paciente.
 - IV. Generar responsabilidad en el paciente para el tratamiento de su enfermedad.
 - V. Proporcionarle apoyo mediante el manejo de sus sentimientos de culpabilidad y autoevaluación.
 - VI. Lograr en el paciente la autoafirmación de las ca-

racterísticas positivas de su personalidad.

Para el logro de los objetivos de esta fase pueden considerarse estrategias terapéuticas individuales y de grupo con orientación familiar y terapias ocupacionales.

c). Fase de rehabilitación Esta tercera y última fase está determinada por el grado de dependencia que el enfermo tiene hacia el alcohol, tratándose de alcohólicos crónicos se sabe que la dependencia física de paciente es irreversible y por lo tanto, incurable, de esta forma la meta de esta fase es el control a la detención de esta enfermedad (moderación), pero de ninguna manera esperar que el alcohólico vuelva a beber moderadamente cuando inicie la ingestión de alcohol, es por esto que la fase de rehabilitación debe durar toda la vida y consiste fundamentalmente en la incorporación de grupos como A.A. (Guerra Guerra Armando J. Mer 1977) pag. 19-20).

Este cuadro presentado en la terapia multidisciplinaria es el más completo de todas las terapias para el alcohólico pero el menos probable de aplicar debido a su alto costo y el periodo de tiempo de su ejecución.

2.- La desintoxicación. Elizondo (1982) señala que los problemas médicos generales por el consumo de alcohol abar-

can la intoxicación etílica, las complicaciones médicas del consumo crónico de alcohol que afecta a todo el organismo, especialmente al aparato digestivo y al sistema nervioso central, y finalmente el síndrome de dependencia al alcohol. Este mismo autor indica que el tratamiento farmacológico debe realizarse a tres niveles:

- a) Normalizar los cambios metabólicos indicados por el alcohol;
- b) Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso de que no se haya presentado y
- c) Tratar las complicaciones intercurrentes del alcoholismo.

Este autor recomienda la aplicación de soluciones glucosadas endovenosas, para rehidratarlo y cubrir las necesidades calóricas. Posterior a esto se deben aplicar sedantes (clorodía zepóxido o hidroxicina) para facilitar el cuidado médico de la detoxificación y del período de supresión. Por último se debe administrar suficiente cantidad de vitaminas, particularmente los que forman parte del complejo vitamínico B (especial tiamina y niacina) durante toda la fase de desintoxicación. Esto se debe a que la presencia de alcohol interfiere en la absorción de tiaminas; su conciencia es responsable de los cuadros de polineuritis y otras complicaciones como el síndrome de Karpakoff. También recomienda la administración de

magnesio, ya que su efecto sedante y preventivo de las crisis convulsivas del delirium tremens interviene en la formación de enzimas dependientes de la tiamina. Los síndromes de supresión (alucinosis alcohólica, estado paranoide alcohólico y delirium tremens) logran controlarse con las medidas señaladas para el tratamiento de intoxicación etílica aguda. No sucede lo mismo con otras complicaciones como el síndrome de Korsakoff, ya que dicho cuadro corresponde a descargar paroxísticas del lóbulo temporal, por lo que está indicada el uso de sustancias del tipo de la defenilhidantoína, la primidona y la carbamazepina. El uso de antisépticos, tipo fenotrazinas o butirofenomas está indicado en casos en que el alcoholismo está asociado a otros tipos de psicopatología, en especial esquizofrenia, trastornos paranoides a psicosis afectivos.

La desintoxicación como tratamiento efectivo que combata en sí lo que es el alcoholismo está de hecho bastante de acreditada (Miller, 1980). Sin embargo, si bien no es terapia que vaya a solucionar el problema, sí facilita que el individuo esté en condiciones físicas adecuadas para seguir cualquier otro tipo de tratamiento.

3.- Psicoterapia según el punto de vista de la corriente dinámica. Para Elizondo (1982) existen dos grandes objetivos en la psicoterapia para alcohólicos: La abstinencia y la promoción del uso de mecanismos que permitan al paciente enfrentarse

con los problemas en las áreas más conflictivas de su Psicodinámica que son las que permiten expresar la conducta patológica - de beber.

Vista así, la psicoterapia podrá seguir un modelo médico de alcoholismo, en el que la concepción del problema como enfermedad es algo inherente al proceso. En efecto: al menos es así como primer paso informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, después promover su aceptación trabando principalmente la negación, racionalización, proyección y formación reactiva (como mecanismos defensivos). Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin recurrir al alcohol. Se debe dar al paciente un "plan de emergencia que puede consistir en llamar telefónicamente al terapeuta o cualquier hora, a presentarse al hospital, acudir a A.A. o llamar a un compañero. Finalmente se orientará la terapia para que aprenda nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar de la vida sin el alcohol. - Aproximadamente en las primeras doce semanas, recomienda que se dedique a motivar al paciente a permanecer en la abstinencia.

Eckard y Col. 1978] suponen que la orientación de - en insight psicoterapia no representa un tratamiento de cambio para alcohólicos: "... Una posible razón para la pobre respuesta de alcohólicos a terapia de insight en un bien documentado - (aunque parcialmente reversible) patrón de déficit es abstrac -

ción cognoscitiva y habilidades de memoria asociados con el uso crónico del alcohol" (Miller 1980; pag. 46).

Miller indica que la psicoterapia tiene aproximadamente un 26% de éxito. Ferick (1979) reveló que aún con métodos no específicos, la psicoterapia es efectiva de un 30 a un 60% de población seleccionada y Bakelond (1975) aportó un 41.6% de tasa de éxito para la psicoterapia con grupos de pacientes de relativamente pobre pronóstico (citados por Pettman, 1977). Ninguna de estas cifras es aproximadamente a lo que podría llamarse un resultado exitoso.

Además de los pobres resultados que se tienen, este enfoque ayuda poco al alcohólico, ya que sus problemas requieren por fuerza soluciones rápidas, tanto por el deterioro físico del paciente como por los daños e implicaciones sociales de su manera de beber.

La psicoterapia de grupo y familiar.

La psicoterapia de grupo también es otra opción de tratamiento, señalando Miller (1980) que tiene un promedio de éxito de 40% pero en seguimiento corto. Una aproximación terapéutica que reporta una tasa de éxito similar es la terapia familiar.

Con respecto a esta última modalidad, aparentemente - podría constituirse como alternativa en aquellos alcohólicos - pertenecientes a familias sintomáticas, en donde se ha formado un sistema familiar patológico que es determinante en la progre sión de la enfermedad. Los objetivos de la psicoterapia fami - liar son:

- " a) Resolver o reducir el conflicto y la ansiedad patógena den - tro de la matriz de relaciones interpersonales.
- b) Aumentar la percepción y la realización por los miembros - de la familia de las necesidades emocionales de cada uno.
- c) Fortalecer la inmunidad de la familia frente a crisis exter nas e internas.
- d) Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y las ge neraciones.
- e) Fortalecer la capacidad de los miembros individuales y de - la familia como un todo para enfrentarse con fuerzas des - tructivas desde el interior y desde el ambiente que lo ro dea.
- f) Influir sobre la identidad y los valores de la familia de - modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento.
- g) Aceptar que el alcoholismo es problema exclusivo del miem - bro que lo padece y evitar toda actitud de presión, con - trol o chantaje en relación con la enfermedad". (Elizondo-

1982; pag. 196).

Existen otros tipos de Terapia familiar como la que - sustenta un enfoque sistémico, en donde los objetivos cambian - un tanto al conceptualizar al alcohólico como el miembro sintomático de la problemática familiar, pero sin dejar de ver a la familia como un sistema. Se considera que la familia se enferma junto con el alcohólico por lo que también necesita información y orientación sobre esta problemática, la posibilidad de lograr una conciencia de enfermedad tanto a nivel individual como familiar es una de las metas de la psicoterapia.

Evidentemente este tipo de tratamientos manejan campos mucho más abiertos que los que maneja la psicoterapia tradicional, pudiendo ofrecer mayor margen de seguridad. Sin embargo su bajo índice de efectividad, aunque desde luego se necesitaría investigaciones controladas para una evaluación más real (Miller, 1980), se trata de buscar otras alternativas que pudieran ofrecer un mejor panorama, sobre todo las que están manejando otros paradigmas de conceptualización, como es el caso del enfoque conductual.

El Enfoque Conductual en relación al tratamiento del alcohólico.

Llegamos en este punto a un grupo de terapia que trabajan con la conducta alcohólica en sí, enfocándose directamente

te a las manifestaciones sintomáticas con la utilización predominante de los principios generales del aprendizaje, las que son en apariencia hasta ahora las que ofrecen mayores alternativas.

Aversión química.- Este tipo de tratamiento está basado en la teoría del condicionamiento Pauloviano clásico o respondiente. Si un estímulo incondicionado (EI) es apareado con un estímulo no relacionado, el último adquirirá el poder de provocar el mismo reflejo ilicitado por el EI, convirtiéndolo así en un estímulo condicionado (EC) y un reflejo condicionado (RC) respectivamente. En el caso de la terapia de aversión química, el EI es una droga que induce náuseas. Esta es apareada con un estímulo visual, gustativo y olfativo de alcohol para que éstos se conviertan en EC de la náusea. Así después de que ha recibido el condicionamiento el alcohólico en tratamiento se sentirá con náusea (RC) cuando se le confronte con la visión, olor y/o sabor del alcohol. La náusea disminuirá el gusto por el alcohol y así ayudará al paciente a mantener la abstinencia. (US. Dept. of Health and Human Services, 1981).

Entre las drogas que se utilizan en este tipo de terapia se encuentran la emitina, el lítio, la apomorfina, metronidazol y disulfiram (us. Dept. of Health and Human Services, 1981; Miller, 1980; Naranjo, 1981).

En los inicios del desarrollo de la Terapia de aversión química se utilizó disulfiram como un agente aversivo de condicionamiento por el apareamiento de la ingesta de alcohol con las reacciones del disulfiram. En el presente el disulfiram se usa como un causante farmacológico para frenar la ingesta de alcohol. Los efectos más corrientes de esta droga son: vasodilatación, de cara y cuello (lo que provoca calor intenso), disnea, mareo, náusea, palpitaciones y vómito, entre otros sin tomas (Child, 1951; Tomado de Elizondo, 1982).

La aceptación voluntaria del disulfiram parece ser asociada con una elevada tasa de mejoría, aunque ésta puede deberse a un factor de selección. La implantación de disulfiram directamente en el torrente sanguíneo ha recibido poco uso en los EE y su efectividad parece ser atribuida más a factores placebo y motivacionales, que a los niveles de disulfiram en el caudal sanguíneo (Miller, 1980; Naranjo, 1981).

En relación a la investigación, Miller (1980) indica que ésta es dudosa en cuanto a la seguridad del disulfiram como un medicamento y droga de protección alternativa. En relación a otros tipos de drogas, afirma que los efectos protectivos del metronidazol son dudosos y sus propiedades lo vuelven cuestionable. La carbénidol podría producir menos efectos colaterales que el disulfiram, pero su eficacia no ha sido establecida.

Con relación a la emitina; Esta ha sido considerada - como más benéfica para alcohólicos en la mediana edad, casados, que trabajan y que están razonablemente bien ajustados. No obstante debe hacerse notar que se ha mostrado que la emitina afecta procesos celulares básicos en mamíferos expuestos a concentraciones del compuesto durante las pruebas para el tratamiento de la disentería amibiana (U.S. Dept. of Health and Human Services, 1981).

La apomorfina, de acuerdo con Lemere y Voegtlin - (1980), se rechazó desde que se advirtió que producía sedación, la que se cree interfiere con el proceso de condicionamiento. - En adicción, no se encontró que fuera un emético confiable y - su duración de acción fuera considerada como muy corta para ser útil. (Citado en US Dept. of Health and Human Services, 1981).

En relación al litio, este mismo reporte señala que - debe hacerse una distinción entre el uso del litio como un agente que produce aversión y su uso en el tratamiento de desordenes maniaco-depresivos. En el caso que nos interesa, con respecto al éxito con grupos controlados Boland, Mellow y Resasky - (1978), usando litio como agente acondicionador, reportaron una tasa de abstinencia de 36% para sujetos en terapia emética, en contraste con el 12% de un grupo equivalente de pacientes tratados con una droga parecida al disulfiram, carbinida citrada de calcio (temposi). La tasa de abstinencia para el grupo de terapia emética aumentó a 47% si los sujetos no desarrollaban reacciones negativas al litio. Estos resultados son alentadores por

que los sujetos de esta aproximación pueden ser apropiadamente clasificados como de alto riesgo para el tratamiento.

Si bien Miller apunta que este tipo de terapia produce tasas de éxito (abstinencia de entre 60 y 70% en un año), tomando en cuenta, las tasas atribuidas a remisión espontánea, también señala que estos éxitos podrían estar restringidos a poblaciones con mayor estabilidad social y recursos financieros - (se ha demostrado en subsecuentes investigaciones). Es induda - ble que el uso voluntario de esta droga no es de alcance generalizado, pero tampoco se pretende creer en este tipo de terapia como panacea única para combatir el problema. Más bien diríamos que podría combinarse con otro tipo de terapia para que puedan abstenerse resultados más permanentes y a largo plazo (Haranjo, 1982).

Aversión eléctrica y la sensibilización cubierta.

Existen otros tipos de terapia de aversión como son - la aversión eléctrica y la sensibilización cubierta. En el caso de la primera, se encontró que produce tasas más altas de mejoramiento que las atribuibles a tratamientos convencionales, usualmente en un porcentaje grande de éxito en moderación de la bebida. En comparación con otras aproximaciones, sin embargo, la - aversión eléctrica es relativamente inefectiva y su contribu - ción en programas multimodales es mínima para el mejoramiento - (Miller, 1980), en contradicción con otro tipo de estudios que - reportaron un éxito de hasta 64% (Glover y MacCue, 1977) utili-

zando el paradigma de condicionamiento de escape parcialmente reforzado, en el cual, según los autores, intervienen en gran medida aspectos cognitivos en forma de expectativas para el mejoramiento del individuo.

Es aquí, en el punto de los factores cognitivos donde el otro tipo de terapia de aversión por sensibilización cubierta tiene lugar. En relación al uso de ésta, Bergmann (1985) la describe como una forma de condicionamiento aversivo imaginado en donde los sujetos se relajan y son guiados a través de una descripción imaginada de escenas relativas al consumo de alcohol. Lo placentero de las escenas es interrumpido por descripciones de náusea y vómito, cuya interrupción se realiza solamente cuando se evita el estímulo original (Tomar alcohol). La efectividad de este tratamiento es difícil de determinar, ya que no se ha encontrado suficiente evidencia que permita hacer pasar esta técnica como tratamiento confiable, señalando que se necesitan estudios mejor controlados para evaluar más consistentemente esta terapia.

Entrenamiento asertivo.

Este especifica habilidades sociales, particularmente ante dificultades y situaciones interpersonales complejas.

Nelson (1983) señala que los alcohólicos necesitan habilidades sociales, indicando que hay una correlación negativa-

entre alcohólicos, consumo de alcohol y expresión de sentimientos negativos.

Miller y Eisler reportaron que los pacientes alcohólicos se comportan pobremente en situaciones donde se requería asertividad negativa; donde la expresión de enojo e imitación fue requerida. Estos hallazgos fueron apoyados por Marlatt, quien reportó que para el seguimiento, una proporción substancial de recaídas en pacientes alcohólicos se debió a situaciones interpersonales difíciles donde el paciente alcohólico fue incapaz de expresar sus sentimientos de frustración o ira, o para resistir la presión social para salir a beber (citados por Nelson, 1983).

En cuanto al éxito de este tratamiento, autor reporta los siguientes datos: Los sujetos entrenados asertivamente reportaron más días de abstinencia que los controles; los abstencios subieron alrededor de 78% en entrenamiento asertivo contra un 50% reportado en controles. Esta técnica ofrece cierta alternativa de cambio, haciéndose notar la participación del sujeto en su propio proceso de evolución.

El autocontrol y sus implicaciones terapéuticas.

Al revisar diversos tratamientos para alcoholismo, se

encuentra que en gran porcentaje de estos incluyendo el campo - tradicional de la psicoterapia - trabajan sobre bases comunes - de conceptualización del individuo, tomando en cuenta su ads - cripción al modulo tradicional de enfermedad, en el que el suje - to, siendo un enfermo espera la curación como venida de medios - ajenos a él. Es entonces cuando empiezan a surgir otros tipos - de tratamientos que tratan de contemplar al individuo como un - agente activo de su propio cambio. El autocontrol parece ser - hasta ahora la cristalización empírica que más se acerca a ésta concepción.

Esta técnica surge a partir de supuestos conductistas (skinner, 1953; Perster, Murrnberger y Levitt, 1962; Goldramond, 1965; Hamme, 1965; Eysenk, 1964; Ulman y Krasner, 1965; Eysenk, 1964; Ulman y Krasner, 1965, citados en Ri-m y Masters, 1984) - que trataron de hacer reaccibr a conceptos tradicionalistas - como el de fuerza de voluntad como técnica útil para modificar - ciertos tipos de conducta. Basándose en la demostración de la - condición de circularidad lógica de la fuerza de voluntad, se - trató de implementar un tratamiento en el que el sujeto manipu - lara las variables que están influyendo en una conducta deter - minada. Para Esto el sujeto ve a determinar la medida de la mo - dificación utilizando autocastigos y recompensas.

Los principios básicos del autocontrol son los si - guientes:

1.- El autocontrol no es asunto de fuerza de voluntad. Más bien es el resultado de manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes.

2.- El cliente debe tomar ventaja de que la conducta se encuentra bajo control de estímulos por medio del empleo de algunas de las siguientes técnicas.

- a. Cambio físico del ambiente
- b. Reducción de la escala de provocación de los estímulos de conductas indeseables.
- c. Fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseables.

3.- El cliente debe determinar eventos que sean recompensas potentes para administrarlos inmediatamente después de la respuesta apropiada.

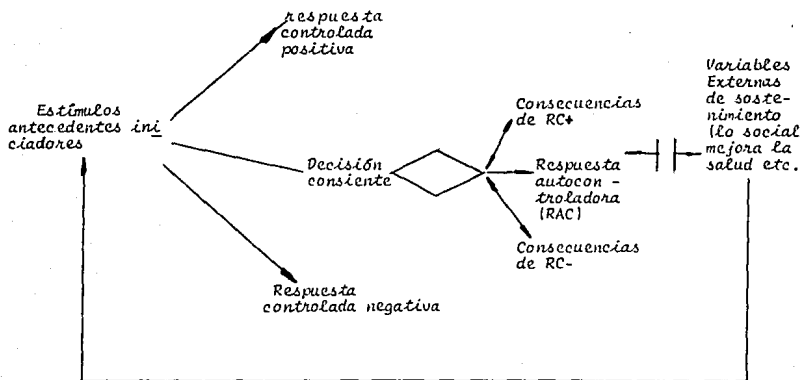
4.- El cliente determinará respuestas que compiten y por lo mismo inhiben la conducta deseable con la finalidad de debilitarlas. También debe determinar las respuestas que pueden servir como saludables alternativas para las maneras indeseables de comportarse, con el objetivo de fortalecerlas.

5.- El cliente intentará la interrupción de las cade-

nas de conductas que conducen a respuestas indesea
bles en la cadena tan temprano como la sea posible.

6. Las metas y conductas aproximativas en el programa de autocontrol siempre serán de más fácil atención esto es, el cliente debe plantear deliberadamente alcanzar su meta de manera gradual" [Rimm y Masters 1984, pag. 312-313].

Puesto en diagrama el modelo de autocontrol se esquematiza así:



Donde respuestas autocontroladoras (RAC) son:

1.- Planificación del medio:

- a). Modificación de EAI (Control del estímulo) y Programación previa de las consecuencias de R.C.
- b). Sometimiento autorregulado al estímulo (por ejem; insensibilización autoadministrada).
- c). Autodirectrices.

2.- Programación Conductista:

- a). Auto-observación
- b) Auto-recompensa (Positiva y Negativa, manifiesta y oculta).
- c) Auto castigo (positivo y negativo, manifiesto y oculto).

(Tomado de Thoresen y Mahoney 1981, pag. 35).

El tratamiento de autocontrol efectivo de como resulta do el mantenimiento del cambio fuera del tratamiento, ya que las ganancias son resultado de la propia iniciativa del cliente, y no contingentes sobre un contacto continuo con el terapeuta. También se espera, ue las destrezas no especificadas - del análisis y la modificación de la conducta se generaliza a

otras conductas problemáticas potenciales.

Trabajando específicamente esta técnica con alcohólicos, Miller (1980), implementó un programa de tratamiento -- que ha probado, al menos con ciertas condiciones, ser exitoso en un 70%. Este programa consiste en 6 puntos a saber: a) Establecimiento de metas (límites del consumo de alcohol, incluyendo entrenamiento para medir el nivel de alcohol en la sangre); b) Auto-observación del consumo de alcohol, c). Entrenamiento para alterar la tasa de consumo (modificando la topografía de la conducta de beber); d) Entrenamiento para autorefuero; e) Entrenamiento para castigo; d) Entrenamiento de conductas alternativas.

La tasa de éxito que se reporta debe ser tomada con cautela, ya que según el autor, no se han reportado estudios que incluyan grupos control, entre otros factores, por lo que no puede afirmarse con seguridad la parte específica que juega el autocontrol en este tipo de investigación.

Caddy y Lovibond (1976), citados en Miller (1980) en contraron que una aproximación de autocontrol enriquecida -- produjera mejoras significativas (64%) que las que podría producir un programa de terapia aversiva sin instrucciones de autocontrol (50%), pero que esta tasa era mucho menor que la

mostrada por un grupo que recibió tanto autocontrol como terapia aversiva (77%). Otro investigador informó sobre comparaciones entre grupos de autocontrol y grupos que recibían psicoterapia, encontrando tasas de mejora de 72 y 50% respectivamente. Sin embargo, las carencias de metodología y fallas en los diseños experimentales hacen difícil cualquier afirmación certera.

Así mismo, se han encontrado las mismas fallas en cuanto a la incorporación del autocontrol dentro de programas multimodales de tratamiento (Miller 1980). Sería deseable la implementación de este tipo de programas, dependiendo del grupo con el que se está trabajando; pero hasta el momento, una comprobación que pueda desembocar en cierto grado de certeza, aparentemente no ha sido fácil de alcanzar.

PREVENCIÓN

Un diseño de programas preventivos globales conlleva intrínsecamente la participación de muchos factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que pueden ser tomados todos en cuanto o no), y cuyo contenido y esquematización programativa depende de la misma definición que se tenga del problema.

Los marcos de referencia delimitan y modelan los programas, incluidos o no de consideraciones sociopolíticas, y que incluyen implícitamente su objetivo de estudio. En base a esto, se han hecho tres grandes distinciones en este campo:

- 1.- Los modelos socioculturales;
- 2.- Los modelos, de salud pública;
- 3.- Los modelos estructurales sociales.

Los modelos Socioculturales.

Estos modelos se basan en la hipótesis de que si las prácticas de bebida están bien definidas, entonces la tasa de alcoholismo debe ser relativamente baja (Tuchfield 1984). Esto es, en este tipo de modelos, el enfoque hacia las características sociales y culturales es primordial.

Sólo es cuestión de orientar específicamente los patrones contextuales en los que el alcohol es consumido, básica-

mente en lo que respecta el cambio de actitudes y a programas educativos. Sus estrategias se resumen en tres puntos:

a). La manipulación de normas para evitar el consumo excesivo y promover la moderación; b) El fomento de actividades que restrinjan la ingesta sólo para ocasiones sociales delimitadas; c) Si se pretende desde un principio el uso de normas totalmente definidos, así como el sentido de responsabilidad del individuo en su conducta hacia el alcohol, se implica que la introducción controlada de alcohol a los niños de una edad temprana alienta su incorporación a las prácticas normativas sociales o culturales.

Los medios de los que se puede valer para introducir el cambio de actitudes son: 1.- Campañas en los medios masivos de comunicación, en el sentido de incrementar el conocimiento y enfrentar a la gente con modelos que paulatinamente altera patrones de conducta y actitudes, aunque todavía es incierta la efectividad de tal medida (Blane 1976; Wallack 1981, citados en the fifth special Report, 1984); 2.- Programas educacionales; - transmitidos a través de diversos grupos sociales (escuelas, iglesias, programas médicos y organizaciones de la comunidad), - destinados a niños, jóvenes y adultos, así como a grupos especiales de riesgo, tales como mujeres, ancianos y minorías sociales.

A simple vista, este modelo parecería muy adecuado se

gán muchos puntos de vista. No basta dar a conocer los riesgos; no podemos poner una línea clara de demarcación entre alcohólicos y no alcohólicos, así como no podemos marcar factores solitarios en la confrontación del problema, cuya esencia debe incluir contexto cultural, actitudes hacia el desarrollo de conductas dirigidas al alcohol y normas y reglas que rigen el consumo de alcohol (Campillo Serrano, 1983).

De la misma manera, se ha señalado no pocas veces los determinantes ambientales como marco de sustentación en donde se desarrolla el alcoholismo. Entre éstos pueden describirse el hacinamiento de las grandes ciudades, la pérdida o relajamiento de los vínculos familiares, información errónea o confusa respecto al alcohol, presión moral del grupo en que se convive, la limitación de actitudes, entre otros factores (Barona Lobato, 1976).

Otro punto importante son las actitudes, pues su participación en el proceso es fundamental al influir sobre las expectativas, y de ahí sobre las posiciones que la gente toma, sobre toda en las ideas sobre los tratamientos. Con referencia a este punto, baste mencionar uno de los resultados de una encuesta realizada sobre la población que atiende programas de rehabilitación en el CAAF (centro de Ayuda al alcohólico y a su familia), dependiente del Instituto mexicano de Psiquiatría. En el

estudio mencionado por lo menos un 65% de los pacientes "esperaban recibir tratamiento antialcohólico, tratamiento médico psíco o una combinación de ambos" (puente y Tenorio, 1982, pag.63) Las cifras son significativas al compararlos con otras categorías, incluyendo la de tratamiento psiquiátrico. Estos resultados son inquietantes en el nivel delo que la gente cree que es el alcoholismo y la actitud que sustenta con respecto a él: "Básicamente es una enfermedad biológica que debe ser combatida con medios fisiológicos, perspectiva que es asumida por la gente común de la que estos pacientes forman parte". Sobre esta postura y sus consecuencias ya se descubrió en partes anteriores; lo importante es la conformación de actitudes que pasan a determinar cognitivas generales.

Aparentemente este modelo podría ser una eventual solución ya que considera factores sociales y culturales. Sin embargo por sí solo adolece, según el parecer de algunos autores, de defectos que podrán entorpecer su puerta en marcha. Entre ellos se cuentan:

"Primero, parece ser pragmática (y empíricamente) inapropiada asumir que los valores normativos que regulan la conducta de beber en una cultura o sociedad pueden ser estándares aplicables para introducirlos en otra sociedad... Según esta aproximación preventiva es problemática. Esto ocurre a dos nive

les. En un nivel de definición no está claro qué norma se refiere a: a) reglas de conducta; (esto en formas típicas de pensamiento); b) estándares prescritos (lo que la gente piensa que debe hacer); c) conductas modelos (lo que la gente realmente hace). En un nivel teórico, este modelo indebidamente enfatiza la noción de que el cambio de actitudes a través de la comunicación persuasiva (una tarea sociopsicológica) es un medio exitoso para implementar un cambio normativo (una tarea sociológica). Finalmente, este modelo asume homogeneidad intracultural - esto es, que todos los individuos dentro de una cultura comparten idénticos puntos de vista con respecto a las convenciones de claves sociales concernientes al alcohol, así como actitudes y conductas..." (Matarazzo, 1984, p. 134).

Otra limitante en este tipo de modelos, referida ya a sus aplicaciones dentro de una sociedad determinada, en el poco esfuerzo que se ha hecho para evaluar métodos de este tipo (Moser, 1979). Sin duda que se hace necesaria una delimitación clara entre lo que se pretende alcanzar con este tipo de aproximaciones y el impacto que pudieran tener en la sociedad para lograr un modelo de prevención más depurado y con miras o funciones mejor.

El modelo de Salud Pública.

El segundo grupo de modelos trata de promover la con-

ducta responsable entre los individuos enfatizando el concepto del alcoholismo como enfermedad. Si el alcoholismo es una enfermedad, entonces se asume la expresión que depende de una interacción entre el individuo, el agente de la enfermedad (alcoholismo) y el ambiente en el cual el proceso de enfermedad se desarrolla (Weiss 1984).

Concomitantemente, este modelo pone especial interés en aspectos físicos y fisiológicos así como biomédicos y genéticos a fin de adaptarlos al modelo tradicional de alcoholismo como enfermedad, extrapoliándolo al campo psicológico y social.

Este modelo trabaja sobre tres niveles: Prevención - primarios secundarios y terciarios. La primera se distingue por el intento de reducir o eliminar las causas directas que provocan la enfermedad y prevenir su ocurrencia. La prevención secundaria se enfoca sobre la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad en sus etapas iniciales; finalmente, la promoción terciaria se enfrenta a la enfermedad ya desarrollada y su tratamiento (Weiss, 1984; Peralta y Jimenez, en Prensa), (observar cuadro 2 p.).

A nivel de investigación el primer nivel, la prevención primaria, es la que expone datos científicos más débiles, ya que requiere empezar a prevenir antes de que la enfermedad se haya manifestado en cualquier forma, con lo que se necesita

tener a priori conocimiento exacto sobre la definición y etiología del alcoholismo, cuestión que no ha podido delimitarse - ni esclarecerse con exactitud, así como los programas educativos que pueden establecerse con este propósito van a carecer - de un rigor científico preciso. Según Eugstrom (1984), estos - programas educativos pueden ofrecer información, pero fallan - en producir cambios de actitud y mucho más fallan al tratar de producir cambios en la conducta.

Con respecto a la prevención secundaria y terciaria, - los alcances se hacen más reales pues se está trabajando, ya - sea con las primeras manifestaciones de la enfermedad o ya con esta en franco desarrollo. En la prevención secundaria se trata con poblaciones de alto riesgo (bebedores que manejan vehicu - los, hijos de alcohólicos, delincuentes juveniles y empleados - que presentan ausentismo y cometen muchos errores en el traba - jo); para esto se utilizan diversos instrumentos de detección - temprana (descritos en una sección anterior), así como progra - mas preventivos con un formato educativo, generalmente dados - en centros de trabajo. En el nivel de prevención terciaria es - tarían propiamente los distintos tratamientos ya con la preven - sión de enfermedad (lo que haría pensar si en realidad esto es - prevención y que esto está en el campo de la rehabilitación).

Las críticas que pueden hacerse de este modelo provien

nen fundamentalmente de la concepción del alcoholismo como enfermedad, y si el modelo fisiológico es en realidad una respuesta a la definición y etiología. A este respecto los resultados son poco concluyentes. Así mismo, por las mismas características que conlleva cada nivel parecería que se enfatiza la prevención secundaria a expensas de la primaria, tomando su lugar según los resultados de la publicidad correspondientes. Este modelo carece en muchos puntos de bases teóricas que permitan comprobar la exactitud de sus supuestos.

El modelo social estructural.

Este tipo de modelos tratan de hacer promoción introduciendo cambios en las condiciones y el ambiente en que se está bebiendo, utilizando para ello leyes de regulación de consumo, las que restringen la disponibilidad del alcohol, así como modificaciones ecológicas (asumiendo que de todas maneras va haber bebedores excesivos, lo que se pretende es minimizarlos costos sociales del abuso del alcohol), que incluyen barreras en autopista y programas de entrenamiento para controlar a los bebedores en estado de intoxicación en bars y lugares destinados especialmente para beber.

El modelo es consistente con las interpretaciones que se han hecho a un supuesto elaborado por Ledermann. En éste se encuentra la relación logarítmica en una curva normal con res

pecto al número de bebedores y los problemas con referencia al alcohol en una sociedad (Campilla Serrano, 1982). Así aumentando progresivamente el precio de las bebidas, los impuestos y las leyes reguladoras, se espera que haya menor número de bebedores, limitando los problemas consecuencia de esto.

A este modelo se le critica la simplificación que hace de todos los factores relacionados con el alcoholismo, -- donde no se explicita claramente el proceso que media entre cambios estructurales y respuestas conductuales.

De todos modos, sigue siendo decisión del bebedor violar las leyes o no, y a pesar de estos en un momento dado regular el consumo, ciertamente que ellos por sí solos no pueden hacer mucho para prevenir a la población.

ALTERNATIVAS GENERALES.

Como se trató anteriormente, el alcoholismo es un problema social cuya solución está en la organización de las mismas sociedades primordialmente en la educación, la familia y la organización jurídica.

En cuanto a la educación, la escuela no puede conformarse con informar a moralizar como ordinariamente se hace en el caso del alcohol. La educación aparte de los conocimientos debe proporcionar aptitudes de hábitos sanos. Por ello deberá tener en cuenta la situación familiar y social sin miedo de entrar en contradicción con las costumbres que proporcionan el consumo de alcohol.

La escuela debe tener un interés prioritario en la educación de los hijos de padres alcohólicos, pues la problemática familiar influye tremendamente en el proceso educativo del niño.

La organización familiar es la base formativa del niño es por esto que la mejor alternativa social es la educación que los padres pueden brindar a su hijo, el trato e información necesaria sobre el problema de la drogadicción en los siguientes términos:

- Los padres deben estar convencidos de que el alcohol y --

otras drogas son nocivas para el organismo.

- En la etapa de la adolescencia, los padres deben tener un criterio estable sobre el concepto de la vida, la responsabilidad y las conductas sanas para poder comunicárselo a su hijo.
- En el hogar debe de haber una disciplina que además de cumplirse debe permitir el desarrollo mental sano de las integrantes de la familia.
- Lo más importante sobre el problema de drogas y alcoholismo es que los padres están informados sobre el tema de drogadicción en general, y mostrarse a su hijo satisfecho y agusto de su manera de pensar.
- El padre de hijo alcohólico debe estar conciente de no dejarlo beber "ni una gota más". y para esto debe utilizar todos los medios a su alcance.

Sabemos que el sistema de trabajo lleva a los bebedores de nuestra sociedad a tomar alcohol en los momentos de ocio, en los fines de semana, etc. Se sabe también que existe una infraestructura industrial y comercial tan desarrollada en el alcohol; que cualquier decisión que haya que tomar a favor o en contra de su consumo tiene un carácter político, muchas veces oculto para la población en general. Es por esto -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

que algunas organizaciones reconocidas a nivel mundial como es el Congreso Internacional de Montevideo, estipula un reglamento el cual se resume en los siguientes aspectos:

a).- Aspecto de higiene y asistencia.

- 1.- Reconocer el alcoholismo como problema mundial, médico, moral y social.
- 2.- Debe protegerse en primera instancia a la infancia y a la juventud.
- 3.- Preparar a la mujer en su responsabilidad que tiene como esposa y madre.
- 4.- Desengañar la llamada acción fisiológica o estimulante del alcohol y la consideración que ha tenido como elemento capaz de subsistir en las sustancias específicas de la dieta corriente.

b).- Aspecto Jurídico.

Se deben revisar las legislaciones, disposiciones y reglamentos en todas las instituciones públicas y privadas, -- por otra parte, el Estado debe tener una intervención directa sobre los medios que fomentan el alcoholismo.

c).- Aspecto Social.

- 1.- Reconocer que el futuro armónico de la humanidad solo podrá lograrse si los hombres son sobrios.
- 2.- La conducta equilibrada del individuo es la que ha de traer la armonía de la colectividad política y social.

d).- Aspecto Educacional.

Debe contarse totalmente la propaganda especial destinada exclusivamente en la infancia y que significa cierta atracción para las toxicomanías en todos los medios difusos y aspectos conducentes.

Como puede mostrarse, las alternativas quedan expuestas a quien toma el problema realizando actividades que ayuden a la humanidad a superar este conflicto social.

Como punto de apoyo a estas alternativas, finalmente se exponen algunas características de sociedades con menos índice de alcoholismo.

- a).- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños pa
ra siempre dentro de un grupo familiar, etc.
- b).- Generalmente las bebidas consumidas son las de alto con-
tenido de componentes no alcohólicos.
- c).- Las bebidas se consideran principalmente como alimentos-
y se consumen generalmente con las comidas.
- d).- Los padres son ejemplos de consumidores moderados de be-
bidas alcohólicas.
- e).- No se da a las bebidas ningún valor subjetivo.
- f).- La abstinencia es una virtud socialmente aceptable.
- g).- Finalmente existe un acuerdo del "cómo beber".

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

- En relación a la Coordinación de Psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza para el Servicio Social.
- Planteamiento de objetivos de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal para Orientadores Familiares.
- Objetivos personales para el Servicio Social.

METAS CURRICULARES Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1.- METAS CURRICULARES.

- 1.- Integrar el S.S. la investigación y la docencia.
 - 2.- Integrar la metodología de las Ciencias Naturales y las Sociales.
 - 3.- Promover la interdisciplinariedad.
 - 4.- Orientar preferentemente hacia el Servicio Comunitario.
 - 5.- Formar y no solo informar al estudiante.
 - 6.- Ampliar el campo profesional del psicólogo.
 - 7.- Desarrollar de una forma integral las distintas instituciones siguiendo una estructura modular.
 - 8.- Adecuar las actividades de docencia, investigación y servicio de las necesidades nacionales.
 - 9.- Promover la adquisición de aquellas habilidades, conocimientos y metodología que le permita al egresado desarrollar las funciones profesionales de detección, análisis - intervención e investigación en los sectores de educación, salud, producción y convenio, ecología y vivienda y organización social.
 - 10.- Evaluar de manera continua los diferentes elementos del Plan Curricular. (2)
- (2).- Peña Rosas Elizabeth. Reporte de Servicio Social. ENEP Zaragoza 1982-1983.

*Objetivos Generales de la Coordinación Psicológica de
La Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza"*

Los objetivos generales del programa de Servicio Social de la carrera de psicología se determinan tanto a nivel institucional como estudiantil.

1.- Nivel Institucional.

- 1.1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta comprendiendo con la solución de los problemas nacionales.*
- 1.2. Además el perfil profesional de psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.*
- 1.3. Propiciar situaciones que permitan detectar formas -- conciertas de intervención psicológica como medios -- alternativos de docencia.*
- 1.4. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de investigación psicológica -- al análisis de la problemática nacional y de la esicacia de la carrera de psicología, para formar profesiou*

nales de utilizar (para el desarrollo nacional). (22)

2.- Nivel Estudiantil.

- 2.1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto.
- 2.2. Desarrollan las habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
- 2.3. Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y -- aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado. (23)

Objetivos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal para los orientadores legales y familiares.

La P.G.J. del D.F. brinda los servicios de Orientación sobre los problemas sociales que originan los delitos o -

(22).- Programa de Servicio Social, Coordinación de Psicología
ENEP Zaragoza. pág. 5

(23).- Idem. 23. pág. 5-6

bien actuando directamente sobre estos. Estos servicios se realizan a través de la Dirección General de Servicios Sociales - mediante los departamentos de Orientación legal y familiar cuyos objetivos generales son:

- 1.- Elaborar y ejecutar programas especiales para la prevención de farmacodependencia y alcoholismo.
- 2.- Organizar y ejecutar campañas de orientación psicológica-- u psiquiátrica.
- 3.- Elaborar y ejecutar programas preventivos de salud e higiene mental.
- 4.- Orientar y poner en contacto con instituciones de asistencia social y hospitalaria, a las personas que lo requieran.
- 5.- Informar al Ministerio Público de los casos que requieran sus conocimientos. (24)

OBJETIVOS PERSONALES

El servicio Social significa para el estudiante la -- primera oportunidad de aplicar sus conocimientos bajo los si --

(24).- Manual de Organización de la Procuraduría de Justicia - del D.F. México. 1978 pág. 14

güentes objetivos:

- 1.- Tener oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.
- 2.- El Servicio Social representará el enriquecimiento de los conocimientos a través de la experiencia.
- 3.- Tener contacto profesional con personas delincuentes y víctimas de delitos.

CAPITULO III**CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION**

- a) ANTECEDENTES HISTORICOS
- b) UNIDAD DE TRABAJO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INSTITUCIÓN

DATOS HISTÓRICOS.-

La Procuraduría General de Justicia encuentra antecedentes de las prácticas y legislaciones romanas, francesas y principalmente en la española.

En las bases para la administración de la República - hasta la promulgación de la Constitución expedida el 22 de abril de 1853, se perfila el cargo de un procurador general - de la nación con una categoría similar a la de un ministro de la Suprema Corte de Justicia.

El 29 de noviembre de 1858 siendo Ministro de Justicia, Francisco Xavier Miranda, fue promulgada una ley de Administración de Justicia. Tiempo después cuando las tropas liberales derrotan a los Conservadores, Benito Juárez vuelve a hacer vigente para toda la república, la Constitución de 1857 a las Leyes de Reforma.

Después en el Imperio de Maximiliano de Habsburgo, la administración de Justicia recibió el influjo francés. Sin embargo, cuando triunfa la República esta influencia llega a su término.

El 10. de noviembre de 1880 entra en vigor la ley de instituir la definitivamente el Ministerio Público de México, - el nuevo dispositivo de la administración de Justicia todavía no alcanzaba la suficiente autonomía para contar con su propia Ley orgánica.

El 30 de junio de 1981, se promulgó un reglamento -- que hizo andar al Ministerio Público, encabezado por vez primera por el distinguido Jurisconsulto José Ma. Lozano.

La Ley orgánica del Ministerio Público en el Distrito y Territorios Federales de 1903, es la primera ley orgánica de la Institución.

Entretanto se elaboraba la nueva legislación dependiente de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917, lo relativo al Ministerio Público del Distrito y Territorios Federales quedó expresado en la Ley de Organización del Distrito y Territorios federales, reglamentaria de la Fracción VI del Artículo 73 de la Constitución de 1917.

Durante el gobierno constitucionalista de Venustiano Carranza, se elaboró y puso en vigor la nueva Ley orgánica -- del Ministerio Público del Distrito y Territorios Federales, - aparecida en el diario oficial del 17 de septiembre de 1919.

No fué sino hasta el 31 de diciembre de 1954 que se publicó en el Diario Oficial la ley Orgánica del Ministerio Público del Distrito Federal que desarrolló a la de 1929 y que entra en vigor el 10. de enero de 1955. En el Diario Oficial del 31 de diciembre de 1971, se publicó la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito y Territorios Federales. Esta ley es particularmente importante por que establece que el Ministerio Público es una parte y la Procuraduría es el todo que lo comprende. El resto de las partes de la Procuraduría apoyan al Ministerio Público, para el ejercicio de sus atribuciones y funciones.

En 1974 se informó el nombre de la ley en vigor para quedar como "Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal". (25)

ORGANIZACION DE LA PROCURADURIA GENERAL DEL DISTRITO FEDERAL

La procuraduría General de Justicia del Distrito Federal es una Institución que depende del Departamento del Distrito Federal (ver anexo 1). El funcionamiento de las distintas Secretarías que componen esta Institución que las dirige en este caso al Lic. Alanís Fuentes considera que procurar justicia significa el acto legal con apego estricto a las leyes y sobre todo, que todo delito tiene sus causas en la so -

(25) Idem. 22. pág. 15

ciudad, de ahí que en el desglosamiento del organigrama (ver anexo 2), se considera la Secretaría de participación ciudadana, donde intervienen los pasantes de psicología como orientadores familiares.

Los criterios dados en la filosofía de la Procuraduría tienen las siguientes aplicaciones:

- Evaluación continua de la Institución.
- Desarrollo permanente de los recursos humanos.
- Cultura, recreación y deporte para el personal.
- Participación de la ciudadanía en las funciones del Ministerio Público.
- Enriquecimiento del ámbito de la preservación de justicia y la paz. (26)

Para este plan de trabajo se constituyeron los siguientes objetivos:

- a) Realizar modificaciones y transformaciones que garanticen el desarrollo progresivo de la Institución en todas sus actividades.
- b) Equipamiento técnico científico de la P.G.J. del D.F., de (26).- Idem. 25. pág. 28

acuerdo a las demandas de la sociedad. (27)

- c) Mejorar la reforma administrativa con bases maduras y creativas.

Estos objetivos tienen un plan de trabajo que se sintetiza en:

- a) Reorganización
- b) Remodelación y ampliación
- c) Descentralización de los servicios

En la reorganización se crearon algunas dependencias como las visitadurías generales; La Dirección General de Participación Ciudadana y las agencias de averiguaciones previas.

En cuanto a la remodelación y ampliación se trató de montar equipados los diferentes departamentos de la P.G.J. y conservar en buen estado los edificios. Se edificaron además algunas agencias de averiguaciones previas.

La dinamización de los servicios abarcó la implementación de comunicación instantánea con diferentes entidades - de la República y lo que corresponde al Servicio Social se di

* Es importante hacer mención que la dependencia de Participación Ciudadana fue derogada al cambiar de Procurador considerándose que el delito debe ser castigado cualquiera que fuera la causa.

namizó la asistencia a toda persona con problemas de índole legal, investigación del medio familiar y laboral de los detenidos orientando y asistiendo a sus familiares al mismo tiempo, se intenta proteger social y jurídicamente a los menores e incapacitados abandonados.

En esta parte del plan de trabajo donde intervienen los pasantes de psicología, trabajo social y de la Licenciatura en Derecho.

ORGANIZACION PARA LOS PASANTES DE PSICOLOGIA

Dentro de este apartado se pretende caracterizar la manera en que el pasante de psicología pasa a formar parte del equipo de trabajo de la Dirección General de Servicios Sociales. Para lo cual se sigue el esquema general con las siguientes deducciones:

Del Procurador General de Justicia se deriva la Dirección General de Participación Ciudadana, (anexo No. 3), de esta surge la coordinación de Servicios Voluntarios de pasantes (anexo No. 4). Es decir, la Dirección General de Participación Ciudadana envía a los pasantes que por su área de trabajo corresponde a la Dirección General de Servicios Sociales en la cual dependiendo de la carrera de los pasantes se distribuyen en el Departamento de Orientación Social, Familiar o Legal. Por lo cual al pasante de Psicología le correspondió el Departamento de Orientación Familiar cuyos objetivos esenciales han sido mencionados anteriormente.

Según este planteamiento, los pasantes forman parte de una estricta organización en la cual, la Dirección General de Participación Ciudadana mantuvo diferentes criterios para la admisión de los pasantes:

- Si los pasantes reconocen su servicio social como principio-

de su formación y vida profesional.

- Posibilidad de brindar aportaciones.
- Capacidad para contribuir a la rehabilitación de la imagen del Ministerio Público.

De esta forma la P.G.J. del D.F. abrió las puertas a la juventud y su plan sobre las aspirantes al Servicio Social mejoraban en la medida en que se demostrara:

- Que sirva a la comunidad.
- Que propicie una verdadera formación a los pasantes.
- Que aumentó el número de solicitudes al Servicio Social.
- Si hay destacadas aportaciones en las diversas áreas en las que se sitúa a los pasantes. (28)

CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD DE
TRABAJO

ANTECEDENTES HISTORICAS DE LA DELEGACION DE XOCHIMILCO.

Para una mejor comprensión de los cambios históricos que ha tenido Xochimilco a través del tiempo, se plantean a continuación cinco épocas históricas: La Prehispánica, Colonial, Independiente, Revolucionaria y la Época moderna.

EPOCA PREHISPANICA.

Según las crónicas y códices como el Tezozomoc, Itz'atlizochitl y la de los frailes Torquemada, Mendieta, Sahagún, Bentacourt, Veyti y el Aubin o Xolotl. Se considera que los Xochimilcas fueron los primeros de las siete culturas Nahuatlacas en llegar al Valle de México, después de un largo recorrido pasando por Tula, Ahuilozco, Tlaxcala, Puebla, Morelos y Distrito Federal, habiendo fundado varios pueblos morelenses desde Ocuituco a Tepoztlán y Tlalneplantla tocaron Milpa Alta llegando a los límites de la Delegación de Xochimilco-Tulyehualco penetraron en línea recta hasta Coapan-Santa Ursula regresando a "Cuauhuilama" a Santa Cruz Acalpizca en 1194 de nuestra era. [29] Aentando aquí una ciudad sagrada de culto a los--

[29].- Documentos de análisis de la Biblioteca Antonio Alzate, Xochimilco, México, 1980, pág. 8

dioses; Chantico o Chimecoatl, (que los aztecas hacen suya después) Quilaztli o Chihuacoatl, Xochiquetzal-li, Xochipil-li, - la Itzrapalotl y Ocelotl.

Los formadores de Chinampas, que en 1265 comenzaron a explotar los recursos naturales, se fueron entendiendo por el extenso lago de Xochimilco como uno de los cinco existentes en la cuenca del Valle de México.

Víctimas de la conquista la Cd. de Xochimilco desapareció junto con el imperio de Anáhuac, y consumado así la conquista de la gran Tenochtitlán el 13 de agosto de 1521, Xochimilco queda sujeto a leyes cortesianas y para afirmar esto se ordenó a Apochquiyahtzín fuese "cacique" bautizado con el nombre de Luis Cortés Zerón de Alvarado. En periodo de encomiendas y audiencias, y ya entrando el Virreinato, Xochimilco fue gobernado por "caciquismo" hasta que se cambia esta fisonomía por el "Corregimiento" o división de la ciudad de barrios y con gobierno Virreinal Central.^[30] Bajo este sistema España le concedió en 1559 el Título de "Noble Ciudad" que está sobre Chinampas.

Los nativos tuvieron que olvidar los líderes pasados y obedecen las órdenes del conquistador, así transcurrieron trescientos años, de 1521 a 1810.^[31] En esta época se crearon

[30].- Idem. 29. pág. 10

[31].- Idem. 29. pág. 10

los conventos. Templo Parroquial San Bernardino de Siena, las iglesias de San Pedro, el Rosario, Belen y algunas otras importantes obras franciscanas como el Hospital de la Concepción.
(32)

EPOCA INDEPENDIENTE (1810 - 1910).

Xichimilco participó en el movimiento independiente por medio del grupo Sureano, contribuyendo al triunfo total - contra los realistas y el gobierno colonial el 24 de febrero - de 1815. (33)

Durante este tiempo el atraso de la economía se manifestó principalmente en la cultura, las autoridades enviciadas por el racismo y división de clases no permitían el desarrollo Pedagógico. Esta situación propicia en 1860 un movimiento contra los acaparadores y opresores de las actividades sociales, se inicia en el Barrio de la Asunción una Campaña contra el caciquismo y analfabetismo logrando en 1815 la enseñanza elemental en escuelas Municipales y particulares. (34)

Siendo el Barrio de San Marcos el lugar donde se situaron las escuelas para la clase privilegiada.

(32).- Idem. 29. pág. 11

(33).- Idem. 31. pág. 11

(34).- Idem. 31. pág. 11

Afín de tanto sacrificio en 1901 surgen los primeros maestros nativos del lugar.

EPOCA REVOLUCIONARIA (1910 - 1920)

Al iniciarse el movimiento revolucionario, Xochimilco permanece inactivo, es hasta la llegada de los Zapatistas a la Cd. de México el 23 de noviembre de 1914, para derrotar a Carranza. Durante el movimiento revolucionario, el 4 de diciembre de 1915 Madero, Zapata y Villa se encuentran en la Ciudad de Xochimilco para planear la entrada a la Cd. de México y llegar hasta el Palacio Nacional.

EPOCA CONTEMPORANEA (1920 - 1982)

Al consumarse la revolución Xochimilco logra estabilidad política, de tal forma que el periodo de 1920 - 1929 se eligen 6 presidentes municipales desde esta época de gobierno ha estado representado por Delegados que nombran al C. Jefe -- del Departamento.

El estado de calma logrado y la activación económica propicia el desarrollo urbano. En 1938 fue introducido el primer drenaje, se extendió la red de agua potable a los barrios-circunvecinos del centro. En 1950 se amplía el alumbrado público

co, se construyeron lavaderos públicos, escuelas primarias, -
secundarias. Actualmente existen escuelas a nivel preparato -
ria y profesional.

LIMITES GEOGRAFICOS DE LA DELEGACION DE XOCHIMILCO.

La Delegación se encuentra en el Sur del Distrito Federal, con una superficie de 12.1 mil hectáreas, que representan el 9% del total del Distrito Federal; es decir, es la tercera Delegación en cuanto a extensión se refiere. (35)

Limitada al norte con la Delegación Iztapalapa y Coyoacán al Sur con la Delegación Milpa Alta, al poniente con la Delegación Tlalpan y al oriente con la Delegación Tláhuac. (36)
(Anexo No. 5)

Partiendo del meridiano de Greenwich Xochimilco se localiza en los 99 grados 9 minutos, 41 segundos y 99 grados 21 segundos de longitud occidental; así como entre los 19 grados 17 minutos 35 segundos y los 19 grados, 08 minutos 15 segundos de altitud norte aproximadamente, teniendo una altura en términos medios de 25,000 metros sobre el nivel del mar. (37)

(35).- PRI Xochimilco. Coordinación General de documentos y -- análisis 1978.

(36).- Ley Orgánica del Departamento del D.F., 1981.

(37).- Idem. 29. pág. 32

DIVISION POLITICA DE LA DELEGACION DE XOCHIMILCO

La Delegación se ha dividido geográficamente y políticamente en 14 pueblos , 17 barrios, 4 colonias (Anexo No. 6)

PUEBLOS:

Sta María Tepepan

Sta. Cruz Xochitepec

Santiago Tepalcatlapan

San Lucas Xochimanca

San Mateo Xalpa

San Francisco Tlanepantla

San Andrés Ahuayucan

Santa Cecilia Tepetlapa

San Lorenzo Atemoaya

Santa María Nativitas

Santa Cruz Acalpizca

San Gregorio Atlapulco

Santiago Tlyehualco

BARRIOS:

San Marcos (Tlaltepoltlalpan)

San Antonio (Molozla)

El Rosario (Nepantlatlaca)

San Pedro (Tlalndhuac)

Ntra. Señora de los Doroles (Xaltocan)

Belen (Acampa)

Sta. Crucita (Analco)

San Cristobal (Xallan)

San Francisco (Caltongo)

San Esteban (Tecpampa)

San Diego (Tlalcozpan)

{La Guadalupe (Xochitenco)

La Aunci6n (Colhuacatzinco)

La Concepci6n (Tlacoapa)

San Juan (Tlateuhchi)

COLONIAS:

Col. Huichiapan

Col. Jardines del Sur

Col. Ampliaci6n Tepepan

Col. Bosques Residenciales del Sur

Col. El Mirador

Xochimilco cuenta además con dos fraccionamientos y nueve unidades habitacionales. (38)

(38).- *Idem*, 39. pág. 4

CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS DE LA DELEGACION XOCHIMILCO.

A continuación se describen de manera general el clima, la hidrografía, orografía, tipo de suelo y su distribución. Estas características geográficas explican en gran medida la alta productividad de Xochimilco en verduras y flores.

CLIMA

El clima de Xochimilco se encuentra determinado por las precipitaciones que tienen lugar en verano y otoño, las cuales asociadas con ciclones tropicales enmarcan 2 tipos de climas: El de la primavera zona que corresponde a la parte alta de los dos declives en donde se presenta un clima templado de 22°C; la segunda zona corresponde a la región media superior es de 20°C. Estos climas térmicos propician en invierno una extensa vegetación, sobre todo en la serranía, donde la flora se compone de pinos, ocotes, oyameles y otros árboles propios de la zona boscosa elevada. (39)

HIDROGRAFIA

Xochimilco cuenta con un sistema hidrográfico que se caracteriza por pequeños ríos fluviales que bajan desde las distribuciones* del cordón montañoso de la Sierra Ajuscoacuahit-

Estribaciones*: Ramales cortos de montañas que arranca de una cordillera.

(39).- Idem. pág. 40

zin hacia la zona lacustre del río Santiago, que baja desde las estribaciones occidentales del Cauhtzin, llega hasta la presa de San Lucas Xochimilco, para de ahí pasar al lago. El río San Buena Ventura, que baja de las estribaciones orientales del - ajusco para llegar al paraje conocido como Palo Huerfano sobre el canal Nacional. Si bien la hidrografía de Xochimilco es poca, esta se compone por canales que limitan las chinampas y - que al mismo tiempo son vías de comunicación a las poblaciones de la Delegación. Entre los canales Municipales se encuentran: Canal de Chalco, los Canales de Apatlaco, Tliloc, Tlicuilic, - Cuemanco y el Canal Nacional que antiguamente servía de vía - gfluvial para transporte de los productos de la región, los -- cuales llegaban al antiguo mercado y embarcadero de la viga. - En total la extensión de los canales es de 187 a 189 km. de - longitud de recorrido, con un área de 220 has. con las siguien tes características:

Dragados* de agua = 85% aproximadamente.

Capacidad de agua = 3,000,000 m³ aproximadamente

evaporación anual = 2,980,000 m³ aproximadamente

Abastecimiento de agua = 1.2 m³ por segundo, procedentes de - las plantas Xochimilco, y 800 lts. por segundo procedentes del cerro de la estrella. (40)

Drago*: Limpieza de fango y arena de puertos, mares, ríos y - canales.

(40).- Idem. 39. pág. 42

Por el sur y sureste numerosas colinas que encierran a Xochimilco, brotan varios manantiales de agua potable entre los cuales están Tulyehualco, San Luis Tlaxialtenalco o Acuezacomec, Santa Cruz Acalpexican, San Jeronimo, Nativitas, Quetzaloan y San Juan Tezomulco, más conocidos como la Noxia. En tiempos pasados la prodigalidad de sus manantiales le permitían disfrutar de agua para el riego y la pesca en toda clase de productos lacustres. (41)

OROGRAFIA

El sistema orográfico se compone de un cinturón de cerros en la parte Sur de Xochimilco, que se divide en tres zonas:

1) Zona media laboral de la sierra de Ajusco comprendida entre los cerros Teuhtle, Tlamacaxco, Teoca, Tlamaca a -- 2,300 metros sobre el nivel del mar.

2) La zona localizada entre Tlalpan y Xochimilco en donde se localizan los cerros Tehuapaltepec, la Contera, El Tetequilo, el cerro de Santiago y El Xochitepec, a 2,500 m. so bre el nivel del mar.

(41).- Id em. 39.pág. 46

3) La llanura que es el depósito de materias aluviales que llena el área lacustre, inclinada de sur a norte, a 2000 metros sobre el nivel del mar. (42)

TIPO DE SUELO.

El suelo de esta Delegación está inclinado ligeramente de sur a norte, inclinación que se acentúa desde las laderas del Cuauhtzín, el Texompoze y las estribaciones boreales del Ajusco. En cambio a la llanura la ocupan las chinampas que desde lejos, simulan un verdadero bosque entre los cuales se extienden los canales.

Los suelos de Xochimilco son ricos en materias orgánicas y nitrógeno presentando un porcentaje bajo de ácido orgánico que desenvuelve el calcio, sodio potasio y magnesio. Los suelos de la parte de la laguna son abundantes en materia orgánica debido a la abundante vegetación acuática. En las partes altas domina el migajón y arcilloso debido a la tala inmoderada de sus bosques y la erosión de los suelos. En cambio en las partes de la llanura, la humedad del suelo ayuda a la producción agrícola que es propia para el cultivo del maíz, frijol, haba y hortalizas en general, así como también durazno, chabacano, peras, manzanas, etc. (43)

[42] Biblioteca Antonio Alzate, Xochimilco Balvarte de una raza Méx. 1970.

[43] Idem. 45 pág. 46

DISTRIBUCION DEL SUELO

Como se mencionó anteriormente la extensión territorial de la Delegación es de 12.1 mil Has. de las cuales 1.1 mil Has. están ocupadas por el área urbana. Aproximadamente 3 mil Has. comprenden el antiguo raso del lago de Xochimilco-Tláhuac, ocupadas anteriormente por la zona chinampera; en la actualidad únicamente cubre una superficie de 3 mil Has. por explotación de acuíferas locales); la zona montañosa de la región abarca una superficie de 8.6 mil Has. que aunadas a las áreas cultivables de la zona chinampera, constituyen una importante reserva ecológica. (43)

Dentro de la extensión del área urbana se observan las siguientes proporciones por usos del suelo: 65% habitacional, 15% industrial y; 20% comercial. De los catorce pueblos que integran la Delegación ocho son cien por ciento habitacionales, cinco además de la habitación son utilizadas para la industria y el comercio.

La tenencia de la tierra se divide en 84% de comuneros, 6% ejidatarios, 9% particulares y 1% al gobierno federal.

(43) Idem. 39 pág. 48

Las tierras ejidales se dividen de la siguiente forma:

- Hectáreas laborales ejidales 1835 a 2522 para 4337-ejidatarios.
- Hectáreas comunales laborales 1300 a 2,046 para 760 comuneros.

La Zona Chinampera se distribuye en: 15,000 chinampas de las cuales son cultivables 900 con una superficie de 20 Has. [44].

CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA POBLACION.

Los aspectos que revisaremos en esta sección tiene como objetivo presentar al lector la situación socioeconómica en los que vive la población.

A continuación se tratarán algunos aspectos de la población que permitirán al lector tener una idea de la situación socioeconómica de esta Delegación. Dichos aspectos son: Número de habitantes, distribución de la población económicamente activa y las necesidades de educación, vivienda y salud de esta población.

[44] Idem. 39 pág. 52-55.

CRECIMIENTO DEMOGRAFICO.

El total de la población varía entre 550,000 habitantes a 369,040 habitantes de los cuales 333,300 son considerados urbanos y 35,740 rurales; por sexo el 51.6% son mujeres y el 48.4% son hombres.

El crecimiento demográfico para el periodo 1940-1950 muestra una tasa de crecimiento de 4.2% anual, y para el periodo 1960-1970 asciende hasta 6.7% (anexo No. 7). En la tasa global de crecimiento de la Delegación el componente natural representa 2.9% para el primer periodo y el 3.5% para el segundo; sin embargo en el periodo 1970-1979 alcanza una tasa global - el 23.9%⁽⁴⁵⁾

La tasa de natalidad registró en un periodo de veinte años un aumento constante que se ha estabilizado recientemente.

El porcentaje de edad entre 0 a 24 años representa en el contexto del Distrito Federal el 42% mientras que en la zona de estudio alcanza el 60%⁽⁴⁶⁾

(45) Idem. 31 pág. 20

(46) Idem. 31 pág. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

La población económicamente activa en esta población ha presentado en los últimos 10 años una tasa constante de personas subempleadas y desempleadas, problema que se verifica en los siguientes datos:

En 1980 la población económicamente activa representa un porcentaje de 27% del total de la población, inferior al promedio que se registró en el D.F. De este porcentaje la población femenina ocupó el 33% y la masculina el 77% con una tasa de desempleo en esta última de 8.6% y subempleo de 10.2% (Anexo No. 8).

La distribución de la población económicamente activa justifica la clasificación social que se divide por su nivel de ingresos sociales. Clase alta 3%, clase media 15%, clase media baja 42%, clase baja 40%. De esta población el 50% alcanza el salario mínimo y menos del 5% alcanza ingresos superiores a diez mil pesos mensuales. (50)

VIVIENDA.

Actualmente la Delegación cuenta con un total de 67 - 462 vivienda de las cuales 19 046 se localizan en la zona cen-

(50) Idem. 31 pág. 7

tro de xochimilco, con 116 493 ocupantes. El 67% de estas viviendas son propias, y el 33% son rentadas, ambas con un promedio de 5.1 habitantes por vivienda. (51)

La vivienda rural se localiza en las poblaciones de - San Lorenzo Atemoya, San Mateo Xalapa, San Andrés, San Francisco y Santa Cecilia, sumando 35 740, habitantes. Se presentan también viviendas unifamiliares de buena calidad en fraccionamientos residenciales construidos recientemente, así como viviendas departamentales que se incorporan cada vez más a la oferta habitacional de la zona. La habitación rural ocupa el 9% de la zona, lo que significa 5 956 viviendas. En la mayoría de los casos son viviendas muy deterioradas. Las zonas irregulares se localizan principalmente en área de proceso de urbanización, de origen comunal entre los poblados de Santa Cruz, Xochitepec, Santiago Tepalcatlalpan y San Lucas Xochimilca. (52)

EDUCACION

Al igual que en otras zonas urbanas Xochimilco cuenta con deficiencias que se muestran en los siguientes datos: La población analfabeta en 1976 ocupa el 15.4% del total de la población, el nivel que predomina es la Educación Primaria, en -

(51) Idem. 31 pág. 52

(52) Idem. 31 pág. 52

la cual se concentran el 85% de la población en edad escolar - La Preprimaria no se considera básica y el uso de guarderías - es bajo. (53)

Existen diecisiete escuelas preescolares en una población de 8500 alumnos; cincuenta y una escuelas primarias que - benefician a 76 500 estudiantes; catorce secundarias con 29850 alumnos; dos escuelas de enseñanza superior con 76900 alumnos - y una normal con 8 000 alumnos. Este equipamiento es insuficiente y no se encuentra ubicado idóneamente en todos los casos; - su ubicación y distribución en áreas urbanas y población no - muestra un patrón homogéneo. El problema es más grave en la - educación elemental por la lejanía de los centros escolares, - la falta de cupo impide la educación del 22% de la población. - (54)

CULTURA

Las manifestaciones de los antecedentes históricos, - artesanales y folklor han sido poco atendidos. Sin embargo por medio de la religión católica el pueblo ha mantenido costum - bres que se reflejan en las fiestas tradicionales como son -- "Los días de Muertos", "Las pasadas", procesiones y cantos que

(53) Idem. 31 pág. 53

(54) Idem. 31 pág. 58

se realizan en las fiestas religiosas de los barrios.

Otra tradición que se ha considerado a través del tiempo es la floricultura en el arreglo de portadas para puestos, altares y lugares especiales en donde se realizan las festividades. Esta técnica se emplea también en el arreglo de las canoas. (55)

El arte de Xochimilco se expone al público en tres museos; El arqueológico de Xochimilco; Museo de arte Popular y Petroglíficos Cuchilama y la Carpa Xochipili.

Se han establecido dos bibliotecas, la Antonio Alzate y Nezahualcōyotl. Estos centros de estudio cuentan con bibliografía principalmente para educación básica y media básica.

S A L U D

En este aspecto se presenta un déficit agudo, el 45% del área, no cuenta con equipamiento asistencial alguna, la mayoría de la población no asalariada no tiene acceso a Seguridad Social. Existen 5.9 médicos por cada 10,000 habitantes y 6.5 camas por cada 1000 habitantes. La Delegación cuenta con

(55) Idem. 31 pág. 54

una clínica de ISSSTE, dos centros de salud de la SSA y un hospital regional.

Las defunciones se deben principalmente a las neumonías en un 29%); el 19.7 a esteritis y enfermedades diarreicas.

En general la población consume pocos alimentos ricos en proteínas, lo que origina que la tasa de mortalidad sea mayor. El 74% de la población nunca consume carne; el 83% no consume huevo y la leche sola es concedida al 82.3% de la población. (56)

URBANIZACION

Xochimilco fu- considerado dentro del desarrollo urbano en la Cd. de México en el año de 1960, ya en el año de 1980 empiezan a observarse avances urbanísticos como son la expansión del agua y la electrificación. Sin embargo en los sistemas de vialidad y transporte resultan ineficientes a las necesidades de la población.

Por otra parte la vida comercial en los últimos años- ha sufrido modificaciones debido a la disminución de la zona-chinampera y a la introducción de empresas industriales.

(56) Idem 31 pág. 56

La Delegación de Xochimilco se ha clasificado como un lugar turístico de la Cd. de México por lo que las autoridades gastan gran parte del presupuesto en la remodelación constante de la Delegación.

A continuación se empleará la información sobre diferentes aspectos que componen el desarrollo urbano de la Delegación de Xochimilco.

RECREACION Y DEPORTE.

Dentro de los planes de urbanización se ha concebido - la construcción de un centro deportivo que cuenta con instalaciones propias para practicar diferentes deportes como son: Natación, Basquetbol, Futbol, Karate, Gimnasia, etc., además de este centro existen otras instalaciones deportivas que únicamente tienen canchas de Futbol y Basquetbol.

Otro centro deportivo de interés son las instalaciones donde se realizan competencias de remo y canotaje.

Además de estas instalaciones de dependencias gubernamentales se han establecido cinco organizaciones deportivas - particulares Club España, Club Antarea, Club Acalli, Club México y Club Cultural Hércules.

AGUA, DRENAJE Y ELECTRIFICACION.

Debido a la extensión de la Delegación y a la dispersión de la población rural, resulta difícil proporcionar los servicios de agua, drenaje y luz; muchos poblados se encuentran alejados a las líneas de conducción de agua y de los colectores de aguas negras. En los años 1972-1973 se consideraron 2 617 tomas de agua y 1 433 tomas de albañal. (57)

El coeficiente de electrificación en la Delegación en 1970 era 81.3% lo que significaba que muchas de las viviendas no cuentan con este servicio como: Corral Tepito, Las Peritas-San Juan Nayatepec, Santa Inés y Sor Juana Inés de la Cruz, donde solamente el 30% de las viviendas cuentan con luz. (58)

VIALIDAD Y TRANSPORTE

Las principales arterias de comunicación de esta zona son: El Anillo Periférico, calzada de Tlalpan, Prolongación - Calzada del Hueso, Calzada México-Xochimilco, División del norte, Nativitas y Canal de Miramontes. En general la vialidad se encuentra congestionada principalmente en la zona urbana y en los entronques viales con otras Delegaciones. En la cabecera delegacional se presentan días de saturación vial, sobre todo

(57) Idem. 31 pág. 57

(58) Idem. 31 pág. 60

los domingos o días festivos por la alta concurrencia al mercado de plantas, verduras y comidas, así como a la zona de chinampas.

Los medios de transporte son los camiones de la ruta--
200 taxis, peseros y autos particulares.

MEDIOS DE COMUNICACION.

La Delegación cuenta con todos los medios de comunicación, teléfono, una oficina de telégrafos, televisión, radio y periódico.

ORGANIZACION POLITICA.

El pueblo se encuentra representado por el Delegado-- y la junta de vecinos. El primero es designado por el Departamento del Distrito Federal y la junta de vecinos está compuesta por los jefes de manzana y Comités de Residentes elegidos por los habitantes. [59]

Tanto el delegado, la junta de vecinos y la Coordinación General se organizan para distribuir el trabajo de las diferentes Secretarías y coordinaciones subordinadas.

[59] Pérez Garduño Crecencio. Informe de Gobierno. Delegación Política, D.F.F. 1982

El Delegado se apoya de un Subdelegado General que se encuentra representado a su vez por 3 Subdelegados que son: - Subdelegado administrativo, Subdelegado jurídico y de gobierno y Subdelegado de obras y servicios.

SISTEMA DE SEGURIDAD.

La Delegación cuenta con dos agencias del Ministerio--Público y una Delegación de policías.

ADMINISTRACION Y FINANZAS.

La Delegación cuenta para cubrir sus gastos con 2 presupuestos el que proporciona la propia Delegación y que distribuye el DDF.

El presupuesto original de la Delegación fue de \$115,000,000.00. En el último año se presentó un aumento de 46% aproximadamente dando un total de presupuesto de \$577 800 000.00. El DDF otorgó en 1980 las distintas delegaciones un presupuesto de 6,562.7 millones de pesos, de los cuales el 4.9% correspondió a la Delegación de Xochimilco. ⁽⁶⁰⁾

La mayor parte del presupuesto se dedicaron a obras -

[60] Idem. 32 pág. 20

de urbanización dentro de las más importantes están:

- Reconstrucción de la comandancia de policía y la jefatura de área para el XVI batallón.
- Construcción de la sala de sus múltiples de San Mateo Xalpa,
- Construcción de las canchas deportivas, kiosko y plaza del -- fraccionamiento Jardines del Sur.
- Construcción del mercado.
- Construcción de la escuela secundaria Santa Cruz Acalpixca,
- Extensión del drenaje a 180 km. de red alcantarillado.
- Control de un 85% del lirio acuático. [61]

Con lo anterior la urbanización alcanza un 85% cum -- pliendo un objetivo del desarrollo urbano.

DESARROLLO ECONOMICO

Xochimilco aun en la actualidad es distribuidor de hoz talizas en el mercado del D.F., aunque esta producción a disminuido debido al aumento de zonas habitacionales, las cuales ocupan el suelo que anteriormente tenía fines agrícola y turísticos como son las zonas chinamperas.

[61] Idem. 3l. pág. 52

Dentro de las actividades industriales que se realizan en el D.F., la Delegación de Xochimilco ocupa un lugar de poca importancia ya que las zonas industriales se localizan principalmente en la Delegación de: Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Azcapotzalco. Sin embargo en el año de 1970 la Delegación de Xochimilco contaba con 248 establecimientos industriales que representa el 0.8% con respecto al D.F.

Las principales industriales en Xochimilco las encontramos en la Manufactura de productos alimenticios que cuenta con 169 establecimientos, la fabricación de productos metálicos con 25 establecimientos y la fabricación de textiles con 17, - estos tres tipos de industrias representan 85.5% del total de la industria de Xochimilco. [62]

En cuanto al Sector Comercial de la Delegación se informa que este aporta el 0.2% del total de las ventas brutas en el D.F. es decir que en 1970 portaban 120-467 millones de pesos, las principales actividades y comisiones son la venta de alimentos y bebidas, así como la venta de curiosidades y plantas de Ornato. Gran parte de esta actividad se lleva a cabo en los embarcaderos, los invernaderos y el mercado.

27[al AGENCIA INVESTIGADORA DEL MINISTERIO PUBLICO.

El Servicio Social [del 3 de agosto de 1982 al 31 de enero de 1983] se realizó en la Agencia Investigadora del Minis-
[62] Idem. 31 pág. 23

terio Público número 27 ubicada en Xochimilco, Distrito Federal en la calle de Gladiolas número dos (anexo No. 9). A continuación se presentan datos específicos sobre sus recursos humanos y materiales.

RECURSOS HUMANOS:

LOS COMPONEN	FUNCIONES
Jefe del Departamento	Administrar las funciones del - Ministerio Público en Xochimil- co y Tláhuac.
Ministerio Público Auxi- liares del Procurador <u>Ti</u> tular y Secretario.	Tratar las averiguaciones pre - vias a fin de determinar las - consignaciones.
Agentes Investigadores - del Ministerio Público.	Efectuar las investigaciones de averiguación previa.
Juez Calificador.	Tratar casos menores+ que no - ameriten consignación.
Médico Legista.	Realizan estudios exploratorios sobre el daño a las víctimas, - certificando el nivel de grave- dad o posibles causas de la - muerte.

+ Casos menores. Como conflictiva familiar, alcohólicos, ofen-
sas personales, etc.

LOS COMPONENTES

FUNCIONES

Trabajadora Social titular y Pasante.	Brindar orientación legal y familiar, entregar citatorios y visitas domiciliarias requeridas.
Pasante de Psicóloga	Orientación familiar y social.
Pasante de Derecho	Orientador legal y Defensor de - oficio.
Celador	Registra el número de determinados por turno.
Personal de intendencia	Se encarga del mantenimiento ambiental adecuado.

Se consideran tres turnos: Los representantes del Ministerio Público Auxiliares del procurador, Juez Calificador, celador y personal de intendencia trabajan 24 Hrs. por 48 hrs. de descanso y los demás trabajan en turno de 6 Hrs. diarias a excepción del Jefe del departamento que es turno completo (anexo No. 10 y 11).

RECURSOS MATERIALES

Estancias:

- 1 oficina que corresponde al Jefe del Departamento.
- 1 barandilla donde se encuentra el Ministerio Público y Juez Calificador.

- 1 Sala de espera para el acusado.
- 1 Sala de espera para las personas que solicitan atención
- 1 Cocina
- 1 Cárcel para hombres
- 1 Cárcel para mujeres
- 1 bodega de documentos
- 1 consultorio médico
- 5 años (para el Jefe del Departamento para los acusados para -
Las mujeres, para los hombres y para los prisioneros).
- 1 anfiteatro.
- 1 Estancia para el servicio social
- 1 Estacionamiento (anexo No. 12)

Características especiales de las estancias.

La construcción es de concreto, con puertas de lámina. La división de la barandilla se enmarca con un mostrador de manera la división de esta con la sala de espera de los acusados - se dá a través de un escritorio (anexo No. 13)

Utencilios de trabajo:

5 máquinas de escribir:

- Secretaría del Jefe del Departamento
- El Ministerio Público
- Secretaría del Ministerio Público
- Juez Calificador
- Celador

9 escritorio para:

- Jefe del Departamento
- 2 para la Secretaría del Jefe del Departamento.
- 1 para el Ministerio Público.
- 1 para la Secretaría del Ministerio Público.
- 2 para el Juez Calificador
- 1 para Trabajo Social
- 1 para Celador

3 sillas giratorias para:

- Jefe del Departamento
- Ministerio Público
- Juez Calificador

17 Sillas distribuidas en los escritorios

14 archiveros para:

- Jefe del Departamento
- 1 barandilla
- 12 en la bodega de documentos

1 estufa en la cocina

- 1 ventana que da a la calle de la oficina del Jefe del Departamento.
- 2 ventanas que dan al interior en la sala de espera para personas que solicitan servicios.

CAPITULO 4**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
ATENTIDA**

POBLACION ATENDIDA

Las características de la población se presentan conforme a la importancia que para este estudio tienen según el marco técnico. Los datos estadísticos se localizan en el capítulo correspondiente a resultados donde se relacionan morbilidad según la frecuencia de casos edad y sexo.

CASOS DEL ALCOHOLISMO.

Los casos atendidos comprenden desempleados, taxistas, tablajeros y campesinos.

El máximo nivel de estudios fue 6o. grado de primaria en dos casos, ocho en tercero de primaria y tres sin estudios, en todos los casos las familias se encontraban desintegradas.

INHALANTES DE CEMENTO.

Los casos que se vieron fueron adolescentes de 17 y 18 años de edad, con un promedio de inhalación de 5 años utilizando cemento 5000. Ambos casos provenían del pueblo de Tulyehualco, mediante el estudio socioeconómico se pudo determinar que eran familias de escasos recursos económicos, en los dos casos los familiares buscaron ayuda en el ministerio público.

PROBLEMAS FAMILIARES.

Se trataron casos de conflictos familiares debidos a - diferentes causas. Sin embargo los más frecuentes fueron falta de recursos económicos y alcoholismo.

Otras causas determinantes fueron la falta de experiencia de los padres entre la rebeldía de sus hijos en la edad de la adolescencia y desacuerdos de valores entre padres e hijos. - A diferencia de estos casos se presentó una familia de altos recursos económicos donde la esposa exigía el divorcio y la división correspondientes de bienes.

De los casos mencionados solo dos viven en casa propia los demás en vecindarios, o con algunos de sus familiares. Una familia provenía de Oaxaca, otra de Puebla y Guerrero, los demás han radicado en el Distrito Federal. Según los resultados de la entrevista la mayoría de los padres además de estar desempleados eran alcohólicos, algunos de ellos al haber golpeado a su esposa fueron llevados al Ministerio Público. Se trataron casos de familias donde los padres eran taxistas quienes fueron presentados al juez calificador por alcoholismo. Se presentaron adolescentes con sus padres, quienes les impidieron irse de su casa o bien no estaban de acuerdo con sus conductas, específicamente fueron mujeres de 14 y 17 años y un hombre de 16 años. Un

caso donde el padre trataba corregir a su hijo de 24 años quien golpeaba a su madre llegaba noche y ambicionaba la herencia; - otra donde el padre de 65 años trataba de corregir a su hijo - encerrándolo en la cárcel, finalmente se atendió un caso de una familia de recursos económicos donde los esposos ya no querían vivir juntos asistieron al Ministerio Público para tratar la de manda del divorcio.

PROBLEMAS CONYUGALES.

Las causas principales de estos problemas fueron el - alcoholismo y desempleo, la falta de comunicación y la interven ción de sus familiares; un caso donde la esposa de 60 años se - fue con un curandero que según era el intermediario entre San - Martín de Porres y este mundo, por este motivo el esposo se pre sentó a pedir ayuda a la policía para buscarla.

NINOS MALTRATADOS.

Los niños fueron presentados por los agentes y la niña la llevó una vecina cruelmente golpeada. En el caso de los ni - ños se citaron a sus familiares acudiendo únicamente la madre, - los resultados de la entrevista demostraron que se trataba de - una persona alcohólica, a quien no le interesaba sus hijos.

Los niños se mantienen gritando en las estaciones de -

peseros para que los choferes les regalen propinas, de sus ganancias compran mazapanes para vender y así ganar un poco más de dinero. El estudio socioeconómico de la Trabajadora Social muestra que son familias donde el padre no vive con la madre, una familia se componía de tres hijos y la otra de nueve. Viven en cuartos que no cuentan con servicios. Los niños no asistían a la escuela por ir a trabajar, no saben leer, ni escribir, un poco contar.

En el caso de la niña de 9 años no fue posible llevar a cabo la investigación ya que el deterioro era muy grave. Sin embargo el estudio socioeconómico de la Trabajadora Social demostró que la madre de la niña vive en unión libre con un hombre en un ambiente socioeconómico bajo. El cuarto en donde viven no cuenta con ningún servicio, la señora trabaja en casas particulares y el señor es albañil pero desempleado. Negaron pegarle a la niña, la describieron como ingrata, rezongona, etc. Ante esta negativa se pretendió canalizar a la niña por medio de trabajo social pero fue rechazada, los señores se negaron a acudir a la agencia y la niña por su estado orgánico tan raquítico y dependiente que no podía desobedecer a sus padres.

DEMENCIA SENTIL.

Se presentó una señora de 76 años acusada de romper los vidrios de una casa reclamándola como suya. La señora altera-

da no deseaba hablar con nadie, insultaba a todo el mundo en la agencia.

Sin saber que hacer con ella, el Agente del Ministerio Público recomendó verificar sus datos personales para poder detectar a sus familiares. Según la entrevista la señora afirmó tener entre 55 y 76 años de edad, haber estudiado Inglés, español, otomí y latino.

Sus profesiones eran contador, detective civil, maestra de corte y confección e Ingeniero en Electrónica. Fue criada por su madrastra, nació en Loma Bonita, Veracruz, vivió en Oaxaca, y ha dormido en las banquetas desde hace 5 años, siempre ha vivido en el D.F., fue una magnífica cocinera. Le presenté un billete de \$200.00, 500.00, monedas de un peso, diez pesos y veinte pesos, reconoció el valor de todas ellas, describió los objetos a su alcance como bolígrafos, periódicos, peine, crema, etc., mantiene las nociones espaciales de arriba-abajo, adelante-atrás, pero no las de la izquierda-derecha, su lenguaje es incoherente en ocasiones daba altos tonos y en otras las bajaba. No se dejaba tocar y todo el tiempo se observó temblorosa, a pesar que el contenido de su pensamiento era incoherente, se obtuvo la dirección de su hermana y su teléfono, se citó a la hermana en la agencia quien afirmó que la señora tenía 76 años, nació en Veracruz, vivió en Oaxaca, tiene un hijo mayor-

y que a los 60 años aproximadamente presentó los primeros síntomas. Las veces que la han internado se ha escapado y por lo tanto ya no hacen nada por curarla, no saben la causa de su mal, - lo que más le preocupa a su hermana es el daño que causa a las personas ajenas.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE.

Una joven de 17 años de edad, estudiante de preparatoria, se casó por estar embarazada, tuvo una niña y vive con una tía, la cual la llevó a la agencia. La paciente cuando fue presentada había dejado de estudiar, se comportaba como un bebé, - tenía miedo de salir de su cuarto, caminaba cuidadosamente y - con pasos menudos, mantenía la cabeza agachada y la movía ligeramente, respondió a las preguntas incoherentes pero en forma - amable.

VIOLACION.

Un caso en que la joven no manifestó ningún trauma - sino que su intención al demandar a su agresor era lograr beneficios personales. Esto se comprobó en las entrevistas posteriores que se efectuaron a los dos que demostraban que habían mantenido relaciones sexuales. Además la chica pertenecía a una - clase socioeconómica más baja y ambicionaba casarse con él.

CASOS POR ROBO

Se acusó al individuo por haber robado un reloj, negando este haberlo hecho. Para detectar problemas de personalidad en cuanto a seguridad, autoafirmación y relaciones interpersonales - se aplicó la prueba de Bondar en la que se observó conflictos con la autoridad, dificultad para diferenciar entre el yo y sus afectos. Considerando que el muchacho tenía 24 años proveniente del Estado de Michoacán se trató de centrar su posición en relación - al nuevo ambiente al que se enfrentaba.

CAPITULO 5
ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE
DE PSICOLOGIA.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE DE PSICOLOGIA

El Servicio Social se realizó del 31 de agosto de 1982 al 30 de enero de 1983, de acuerdo al plan de trabajo de la Procuraduría se llevó a cabo un curso introductorio del 3 al 9 de agosto de 1982. En el cual se especificó que el pasante de Psicología atendería a los delincuentes canalizados por el Ministerio Público. Sin embargo esto nunca se llevó a cabo ya que los agentes del Ministerio Público tratan delincuentes que han cometido delitos graves. Los casos vistos fueron canalizados por el Juez Calificador en su papel de conciliador. De esta manera la Trabajadora Social canalizaba los casos al pasante de Psicología y/o al pasante de Derecho. Cada uno por su parte orientaba a la persona sobre la solución de sus problemas de acuerdo a su rama.

Una vez abierto el contacto con las personas mi intervención era en 3 formas.

- a) a nivel de orientación
- b) tratamiento
- c) canalización.

EVALUACION DE CASO Y TRATAMIENTO.

El marco de intervención comprendió la evaluación etiológica y la programación terapéutica. Para la evaluación se

integró una batería con la prueba de Bender, Machover, frases -- incompletas de Sacks y pruebas de inteligencia como Goodenough -- y Wisc, algunas veces se hicieron estudios observacionales con -- la finalidad de verificar y relacionar los resultados de las -- pruebas. La base principal de la evaluación fue la entrevista me -- diante la cual se obtuvieron datos generales de los individuos, -- sus pensamientos y sentimientos en diferentes situaciones, así -- como sus actitudes de acuerdo a sus valores y creencias. De esta -- forma se determinaron 14 diagnósticos y 10 programas de terapias.

La mayor parte de casos atendidos se trataron a nivel de orientación para lo cual se tomó en cuenta rasgos básicos de una psicoterapia de apoyo, donde el objetivo principal era ubi -- car el sujeto dentro de su situación familiar y socioeconómica -- especificando los papeles de los miembros de la familia de nues -- tra sociedad y la manera en que esta relación afecta la conducta del individuo. La orientación principiaba con el establecimiento de rapport, especificación del problema y dependiendo del caso -- se aclaraba al paciente si tendría que asistir nuevamente. En -- caso contrario después de tener un diagnóstico superficial de la problemática intervenía de manera directa bajo la orientación -- del criterio propio. Esto se determinó cuando el diagnóstico su -- gería que el paciente no podría asistir nuevamente. Después de -- la plática se trataba que el paciente determinara la solución -- a sus problemas de acuerdo a su estado emocional.

Los programas de terapia se basaron en las entrevistas individuales y familiares además de la interpretación de la batería aplicada. Los temas que fundamentaron la intervención en todos los casos fue una combinación de la Terapia conductual y existencial tratando en todo momento de no dejar a un lado la posición económica y social del sujeto. En la aplicación de algunas técnicas como relajación fue necesario ir a la casa del sujeto, ya que en la agencia el lugar era muy abierto y no permitía terapia.

En los casos donde la gravedad de los pacientes estuvo fuera de las posibilidades disponibles se canalizaron al Departamento de Servicio Social de la Procuraduría.

Hubieron casos donde los resultados de las entrevistas y las pruebas psicológicas no fueron suficientes para diagnosticar y tratar al paciente entonces se recurrió a estudios observacionales en el hogar de las personas, de esta manera se retroalimentó el diagnóstico.

CAPITULO 6
RESULTADOS

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se darán en cuanto a las actividades realizadas de evaluación, terapias, morbilidad según la frecuencia y cursos de capacitación. Para su mejor interpretación, se utilizaron tablas de concentración de datos.

1) Evaluación

Actividades de Evaluación.

A C T I V I D A D	No.
Entrevistas al paciente de 45 min. a 130 min.	85
Estudios por observación	9
Pruebas de habilidad aplicadas	2
Pruebas proyectivas aplicadas	18
Diagnósticos	14
Programación de Terapia	10

Como se observa en la tabla anterior en algunos casos no se aplicó la entrevista, y la batería de pruebas proyectivas únicamente se aplicaron en los casos psicoterapéuticos de mayor gravedad. El diagnóstico de los casos únicamente se realizó cuando los pacientes mostraban interés por salir de sus problemas.

Cuando el paciente asistió regularmente a las citas se llevó dentro de las posibilidades algún tipo de tratamiento.

2) Actividades terapéuticas emprendidas por caso.

a) de Orientación

A C T I V I D A D E S	No. DE CASOS
ORIENTACION PSICOSOCIAL	37
ORIENTACION SEXUAL	21
ORIENTACION FAMILIAR	42
ORIENTACION SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL	4
ORIENTACION SOBRE TECNICAS DE ESTUDIO	2
TOTAL	106

b) de Terapia.

A C T I V I D A D E S	No. DE CASOS
TERAPIA CONDUCTUAL	7
TERAPIA PSICOPEDAGOGICA	
TERAPIA COGNITIVA	19
PSICOTERAPIA BREVE	
OTRAS	
TOTAL	26

c) Otros.

A C T I V I D A D E S	No. DE CASOS
Visitas domiciliarias	9
Altas	5
Deserciones	0
Seguimientos	11
Canalizaciones	3

Analizando las tablas el número de orientaciones es mayor

que el número de programación de terapia y diagnóstico, esto se debe a dos causas principales:

- En primera el cubículo donde se trabajó no contaba con las condiciones necesarias para llevar a cabo un tratamiento.
- En segundo lugar la mayoría de los casos se observó que las personas no se interesaban por un tratamiento.

Su principal intención era que su agresor fuera castigado. Los casos canalizados por el juez calificador se atendieron a nivel de orientación y cuando las personas se interesaron se programó tratamiento. Además hubieron casos en que a un mismo paciente se le dieron orientaciones de diversos tipos - tanto familiar, sexual, social, etc.

En la tabla C observamos 5 casos de altas:

3 en problemas familiares, uno de esquizofrenia simple y uno de violación. Esto se logró porque las personas estuvieron activas durante el tratamiento y además la institución al llevar a cabo la terapia se mantenía en contacto con las personas a través del teléfono, en varios casos las intervenciones se realizaron en el hogar de los pacientes.

f) Morbilidad según la frecuencia

C A U S A S	No. DE CASOS.
1.- Problemas familiares	14
2.- Alcoholismo	15
3.- Problemas conyugales	10
4.- Niños maltratados	3
5.- Inhalantes de cemento	2
6.- Demencia senil	1
7.- Esquizofrenia simple	1
8.- Violación	1
9.- Robo	1
TOTAL	46

En cuanto los problemas familiares que ocupan el mayor número de frecuencia la mayor parte de los casos atendidos se realizó a nivel de orientación. Además la causa principal -- de los problemas fue la falta de recursos económicos. Los resultados de las entrevistas mostraron que las familias atendidas no llevan a cabo una relación familiar típica donde el padre es la cabeza familiar, secundado por la madre, en estos casos la madre dirige el gasto económico y sus hijos desde muy pequeños viven independientemente de su familia manteniéndose como vendedores ambulantes. Aun viviendo esta situación se observó que existe dominio ideológico del esposo como hombre hacia su esposa como mujer, a quien no sostiene económicamente -- pero es el padre de sus hijos.

Para el alcoholismo se llevó a cabo también orientación. En términos generales no se obtuvieron cambios en los individuos según lo demostraron algunos seguimientos realizados. Se

observó que después de la primera plática estas personas se reusaron asistir al Ministerio Público por miedo a ser castigados aunque la razón del citatorio fuera otro. Según los resultados de las entrevistas la causa principal de los alcohólicos tratados fue social y económica. Debido a esto se pidió a la Trabajadora Social que a través de su conducto los canalizara a Alcohólicos Anónimos.

En los problemas conyugales se encontró que realmente las parejas deseaban vivir juntos, comprendían que se necesitaban mutuamente tanto en forma sentimental como económica. Además aceptaron haberse unido de manera prematura y que por falta de madurez no tenían idea de lo que era vivir en pareja en el enfrentamiento de problemas económicos y de interrelación, en su mayoría estas parejas no recomiendan el matrimonio.

En cuanto a los niños maltratados se canalizaron a la Procuraduría y en un caso los padres se negaron a participar recurriendo en última instancia a esconderse de la autoridad del Ministerio Público.

En los casos de inhalantes de cemento se demostró a través de algunos seguimientos que la causa fundamental era la influencia ambiental además se asegura que en la población de Tulyehualco los jóvenes tienen fácil acceso a la compra de ce-

mento 5000 en las tlapalerías, esto se obtuvo a través de entrevistas no estructuradas en la población. Se encontró inclusive un lugar donde se reúnen inhalantes de cemento. Se intentó lograr rapport con los sujetos pero en un caso se negó a contribuir y en el otro se programó terapia pero no se concluyó debido al nivel tan avanzado de adicción. Las visitas domiciliarias hechas en este caso demostraron que parientes cercanos al joven era también inhalantes y cuya influencia era determinante en su adicción.

El caso de demencia senil se canalizó a la Procuraduría esperando que ellos lo enviaran a un lugar apropiado.

En el caso en que se obtuvieron mejores resultados fueron el de esquizofrenia simple en el que se concluyó la terapia debido a la responsabilidad e interés de las familias de la paciente.

Como apoyo al tratamiento se pidió ayuda a un médico homeópata quien verificó el estado fisiológico de la paciente encontrándose en buen estado de salud. Se hace incapie que además de las características ya mencionadas anteriormente, esta persona habla estado en tratamiento psiquiátrico. Después de 3 meses de tratamiento intensivo se logró volver a la joven a la realidad.

En cuanto a la jovencita que fue violada a pesar de tener interés económico de por medio, se programó un tratamiento de autoafirmación el cual se pudo concluir ya que un Juez Calificador obligó a la jovencita a asistir a las sesiones de Terapia.

Educación por parte de la institución.

T I P O	No.
SESION BIBLIOGRAFICA	0
SESION CLINICA	0
SESION INFORMATIVA	0
CURSOS Y/O ADIESTRAMIENTO "El hombre un ser social"	3
SUPERVISION	Asesoramiento en Terapia 1
SESION GRUPAL	Niño maltratado, problemas familiares y Tec. de Evaluación 9
OTROS	

En los 3 casos de información que dió la Procuraduría - en el primero se especificó el plan de trabajo de la Institución en relación a los orientadores familiares. En los otros - dos cursos de adiestramiento se trató de concientizar a los pacientes de los problemas sociales que originaron la delincuencia.

Se formaron grupos de 20 integrantes para el asesoramiento lográndose de esta forma la retroalimentación del trabajo - a través de las experiencias de cada uno. En las sesiones grupales el psiquiatra de la institución sirvió como coordinador-

de temas que por consenso del grupo eran los de mayor importancia.

A N A L I S I S

Este análisis es una reflexión de la utilidad del servicio social en la formación profesional a medida en que permitió valorar la capacidad de formación como persona y como profesionalista.

a).- *En relación a los objetivos académicos.*

En cuanto a los objetivos académicos se lograron a partir de que el servicio social propicia situaciones que permitieron la práctica de los conocimientos adquiridos. Sin embargo el llevar a cabo las terapias hizo falta experiencia en cuanto a la aplicación de los conocimientos.

Por otra parte los principios establecidos en el funcionamiento de la Procuraduría. No permiten la libre intervención de los pasantes en los casos tratados. Además los agentes del Ministerio Público no mostraron seriedad en el apoyo a la intervención Psicológica.

b).- *En relación a las características de la Delegación.*

A pesar de tener un alto grado de urbanización la población presenta problemas educacionales severos por falta de es-

cuelas en relación a la cantidad de niños. En comparación a otras delegaciones no existen medios de producción suficientes por lo que el Índice de sub-empleados es muy grande. Aun con todas las deficiencias expuestas, Xochimilco es una población llena de tradiciones religiosas que influyen en la pobreza de la gente, por las contribuciones eclesiásticas que corresponden a cada habitante católico.

c).- En relación a la institución.

Dado los resultados obtenidos éstos no satisfacen los objetivos de la institución para los orientadores familiares. Por una parte la Procuraduría no se responsabiliza en tratar los problemas sociales al grado de no propiciar un lugar adecuado para el trabajo psicológico; falta de formalidad para la asesoría a los pasantes ya que a pesar de haber formado el grupo de asesoramiento éste únicamente se hizo como requisito. Además no se observó capacidad por parte de la institución para organizarnos en términos de investigación o brindarnos apoyo en las iniciativas de tratamiento. Dentro de lo que se observó en la Procuraduría tratan problemas sociales con mucho campo de trabajo para el psicólogo. Sin embargo hasta la fecha en que se hizo este servicio social estos problemas son vistos únicamente desde el punto de vista legal.

d).- En relación a los resultados.

En el apartado de los resultados se mencionó que el interés por parte de los pacientes fue determinante para llevar a cabo la orientación o el tratamiento. Esta motivación se tuvo que respaldar convenciendo a las personas que el trabajo del psicólogo en la procuraduría era independiente al trámite legal. Se observó también que aunque las personas tenían interés por llevar a cabo alguna psicoterapia les parecía indigno asistir frecuentemente al Ministerio Público.

Por otra parte los resultados expuestos muestran pobreza en cuanto a los casos atendidos a nivel terapéutico tanto cualitativamente como cuantitativamente. Sin embargo aun con las deficiencias mencionadas se llevaron a cabo diversas actividades que permitieron enriquecer la formación profesional. Esta reflexión permita comparar la utilidad de la psicología clínica en la práctica, en los casos como farmacodependencia, problemas familiares y conyugales en donde la principal causa es el desajuste socioeconómico de la familia, las técnicas de psicoterapia individual se ven limitadas en su aplicación dentro de estos problemas sociales. Así los diversos tipos de Terapia tanto de origen conductual, cognitivo, psicoanalista, gestáltico o bien la combinación de dos a las cuatro encuentran justificada su intervención en la medida que ayudan al in

dividuo a enfrentar los problemas de la vida diaria, a pesar - del enfoque funcionalista estructuralista donde tienen su punto de partida.

e).- En la relación al marco teórico.

La investigación bibliográfica llevada a cabo nos permitió verificar que el alcoholismo es un problema social que se puede analizar en dos niveles. Por un lado se concibe la influencia del alcoholismo en los problemas socioeconómicos y familiares en términos de prejuicios y mitos escasos de objetividad. En el otro extremo se investiga el alcoholismo con medios científicos tanto en el campo fisiológico como psicológico con resultados observables y comprobables. Ambos puntos de vista coinciden en que el abuso del alcohol es perjudicial en la organización y funcionamiento de los grupos sociales y cuyas consecuencias son ya tan graves que el campo de prevención se ve limitado por la falta de seriedad tanto del gobierno como los individuos acrecentando el nivel de alcoholismo en el marco de edad (aumento de alcoholismo en niños), y en el número de mujeres. Sin que la población hasta ahora muestre capacidad para mejorar la prevención.

CONCLUSIONES

Dadas las situaciones presentadas con anterioridad se --
concluye:

1). Que el Servicio Social cumplió con los objetivos académicos en cuanto que propició experiencias para la formación-profesional del pasante.

2). Los problemas socioeconómicos, educacionales, religiosos y culturales de la delegación de Xochimilco son una muestra de los conflictos en que se encuentra actualmente el país.

3). Hasta la fecha en que se realizó este servicio social el funcionamiento de la Procuraduría limita el trabajo psicológico, como apoyo en la investigación de la delincuencia por dos causas principales por falta de profesionales capaces y recursos económicos.

4). Los resultados obtenidos no satisfacen los objetivos personales debido a que las experiencias fueron pocas, no hubo asesoramiento adecuado por parte de la institución, en la programación de terapias no se puede aplicar correctamente las técnicas psicoterapéuticas por falta de conocimientos y expe-

riencias.

5). Es necesario intensificar la investigación relacionada a la psicología del mexicano en el campo social, clínico y educativo principalmente, los resultados obtenidos deben permitir el diseño de programas terapéuticos en cuanto a la problemática específica a la población nacional.

6). El psicólogo no está preparado para enfrentar el alcoholismo como problema social. Al considerar al alcohólico como enfermo las técnicas psicoterapéuticas existentes no han de mostrado ser alternativas eficaces para enfrentar la problemática tan grave que significa el alcoholismo en la sociedad, la familia y el individuo.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

La carrera de Psicología dentro de los problemas sociales familiares e individuales de la población en general se desarrolló con la esperanza de tener profesionales mejor preparados, este punto de vista trata de ser práctico en cuanto a las propuestas y recomendaciones.

1) El Departamento del Distrito Federal debe disminuir el gasto público en relación a la burocracia y urbanización - apoyando al mismo tiempo el aparato productivo de las empresas - ya que éstos significan fuentes de trabajo para la población - subempleada y desempleada.

2) La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal no debe conformarse con castigar el delito. Es necesario que realice investigaciones objetivas y sistemáticas sobre los causas de la delincuencia. Para lograrlo debe contar con personal capacitado, es decir, psicólogos, etc.

3) Con conocimiento y responsabilidad el trabajo de los pasantes en la Procuraduría será de gran utilidad y ayuda de esta Institución de Gobierno a la gente de escasos recursos económicos.

4) La escuela debe exigir a las instituciones donde los

pasantes presentan su Servicio Social un programa que especifique la intervención del pasante de cualquier carrera. Con la finalidad de que el estudiante aprenda y reafirme sus conocimientos.

5) El plan curricular debe ampliarse en cuanto a la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación del pasante de psicología.

6) Todos somos conscientes del problema que significa el alcoholismo, y es difícil exponer soluciones, sin embargo propongo 3 alternativas que ayudarían a disminuir este Problema Social.

a) Disminuir la producción de alcohol.

b) Reducir a un 20% la propaganda que provoqué la ingestión de alcohol.

c) En las investigaciones psicológicas que se realicen al respecto se propone que determinen los valores que motivan al individuo a vivir y ser mejores cada día. Y de esta forma demostrar a la iniciativa privada y gobierno la conveniencia de contar con una población sana psicológicamente.

BIBLIOGRAFIA

Alcohólicos Anónimos. Grupo 24 Hrs. Ed. Publicaciones Cruz S.A. México 1981.

A.A. World Servicios, Inc. Esto es A.A.; folleto explicativo. México A.A. 1961.

Barona Lobato, J. México Ante el reto de las drogas; México; Procuraduría General de la República 1976.

Bellsola Domingo. Alcohol y Tabaco. Ed. Olimpo, México 1970.

Bergmann, C.K.; "A review of the use of self control techniques in the treatment of abuse" *encognitive therapy and Research* 1985.

Campillo Serrano, C., "Problemas relacionados con el alcohol en México"; Tomo 1. México, Fundación de Investigación Social, A.C. 1982;

Chafetz Morris. Liquor - The Servant Ofman. Ed. Publicaciones - Cruz S.A. México 1981.

División Gerald G; Neale John M. *Psicología de la Conducta Anormal*. Ed. Limusa, México 1980.

De la Garza; Vega. *La Juventud y las Drogas*. Ed. Trillas, México 1983.

Documentos de Análisis de la Biblioteca Antonio Alzate. *Xochimilco* 1980.

Elizondo, E. *Tratamiento del Alcoholismo*; México Fundación de Investigación Social A.C. 1982.

Glover, J.; Mc Cue, P. "Electrical Aversión Therapy With Alcoholics: A Comparative follow - Up Study" Vol. 130. U.S.A. - 1977.

Guerra Guerra Armando J. *El alcoholismo en México*, Ed. Fondo de Cultura Económico, Méx. 1972.

Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal México 1981.

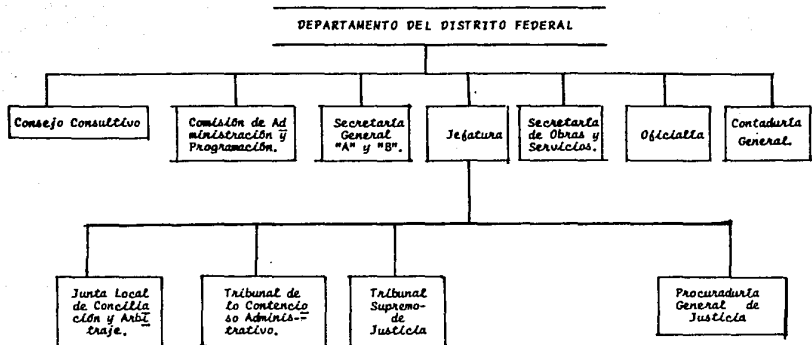
Manual de Organización de Servicio Social Coordinación de Psicología E.N.E.P. Zaragoza.

Miller, W. *The addictive behaviours. Treatment of Alcoholism, drug abuse, Smoking and obesity* E.U. Pergamon Press 1980.

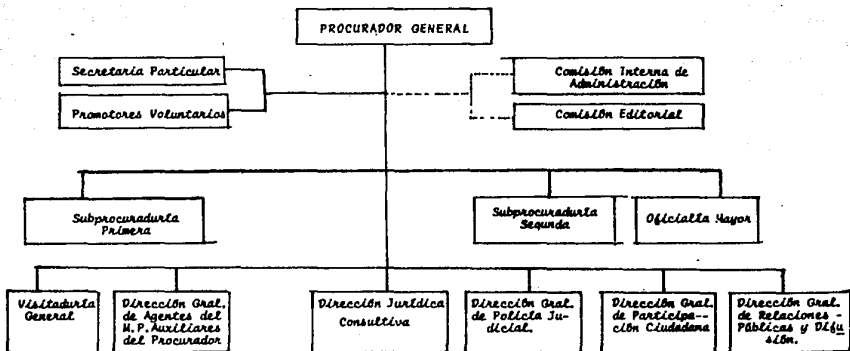
Molina, J. et. al. *El alcoholismo en México*. México, Fundación de Investigación Social A.C. 1982.

- Mester, J. Problemas relacionados con el alcohol y estrategias de prevención. Ginebra. Asociación Mundial de la Salud. - 1979.
- Peña Rosas Elizabeth. Reporte de Servicio Social E.N.E.P. Zaragoza 1982-1983.
- Pittman, D. Alcoholismo. Buenos Aires, Ed. Hame 1977.
- P.R.I. Xochimilco. Coordinación General de documentos y análisis 1978.
- Programa de Servicio Social. Coordinación de Psicología E.N.E.P. Zaragoza.
- Rimm, D; Masters, J. Terapia de la Conducta; México: Trillas 1984.
- Rosenthal; Mothner. Drogas Padres e hijos. Ed. Diana, México 1982.
- Thoresen, C.; Mahoney M. Autocontrol de la Conducta; México: Fondo de Cultura Económica 1981.
- Torres Ramón. El Flagelo del alcoholismo Ed. Editores Unidos Mexicanos, S.A. México 1984.
- U.S. Dept. of Health and Human Services; "Alcohol Aversion Therapy" on Assessment Report Series". 1981.

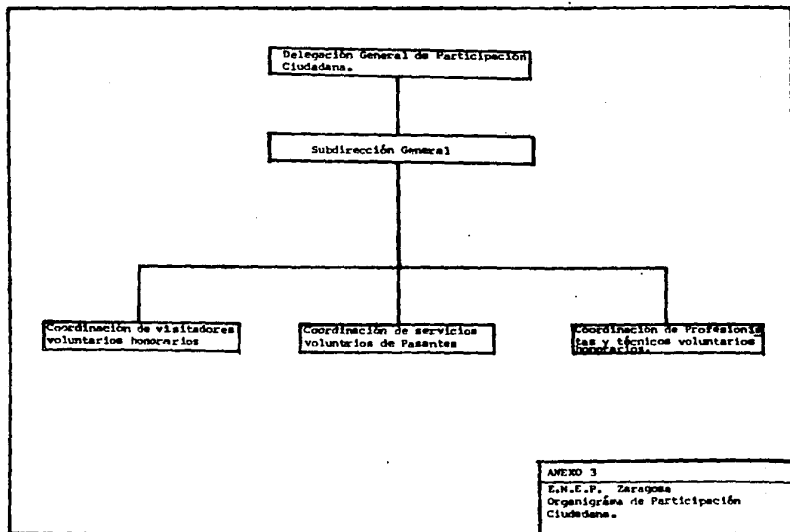
A N E X O S

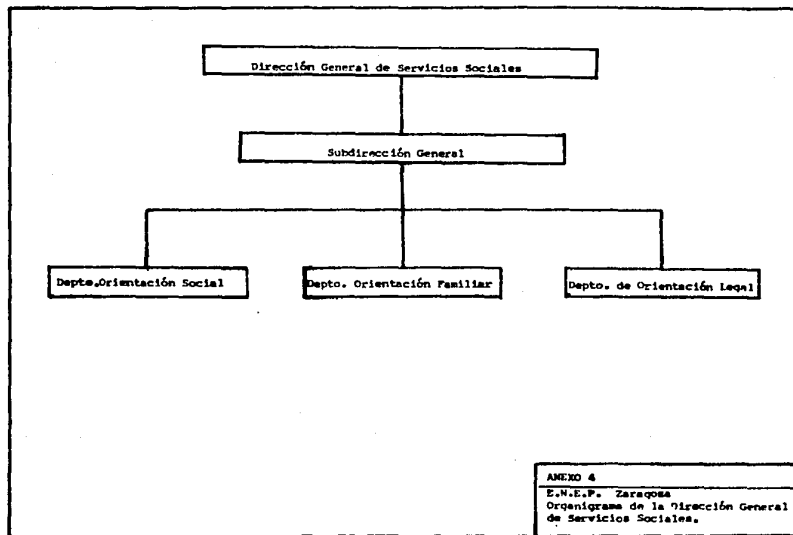


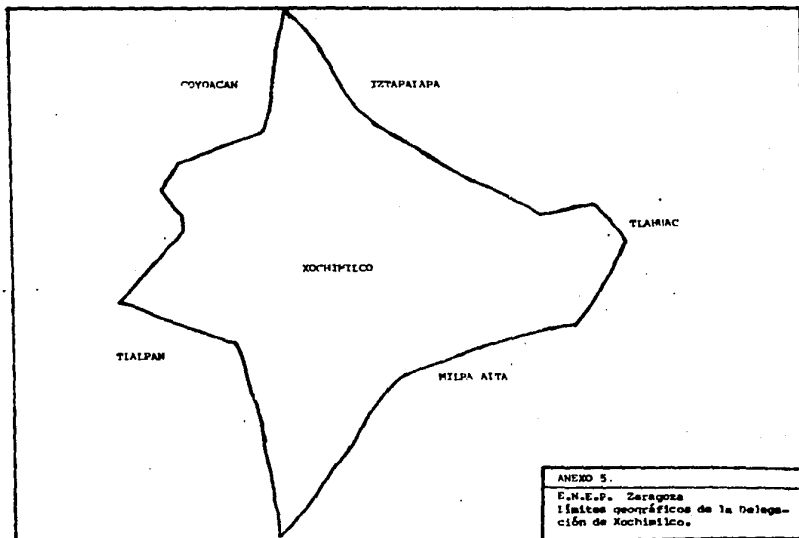
ANEXO 1.
 E.N.E.P. Zaragoza
 Organigrama del Departamento
 del Distrito Federal.



ANEXO 2.
 E.N.E.P. Zaragoza.
 Organigrama de la Procuraduría
 General de Justicia.

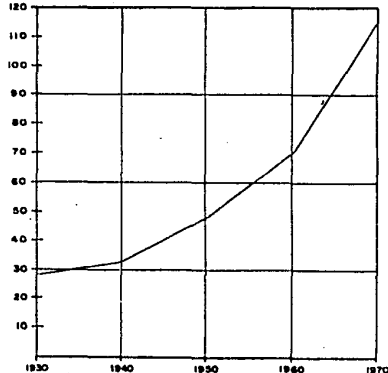






EVOLUCION DE LA POBLACION DE LA DELEGACION XOCHIMILCO D.F.

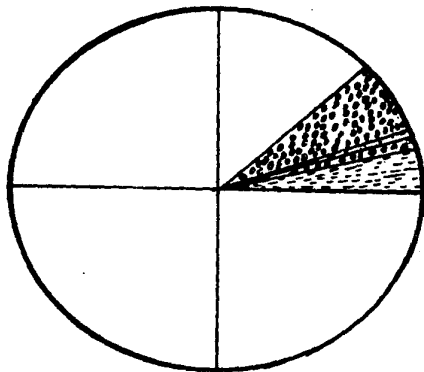
Miles de habitantes



ANEXO 7

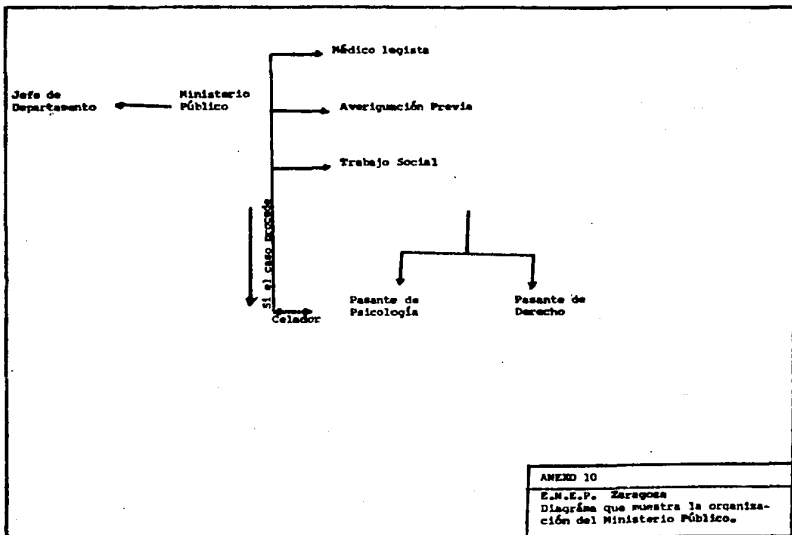
E.N.E.P. Zaragoza

Evolución de la población
de la Delegación Xochimil
co D.F.



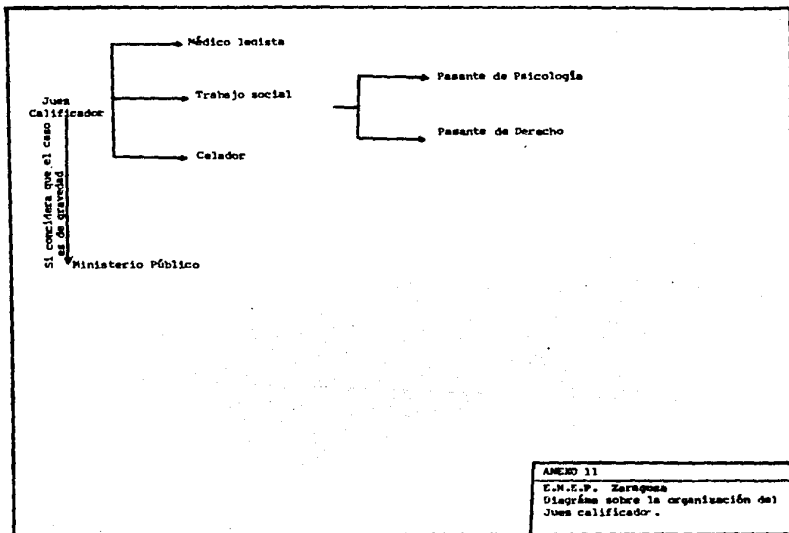
ANEXO B. DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE LA DELEGACION ZARAGOZA DE 1980.

E.M.E.P. ZARAGOZA.



ANEXO 10

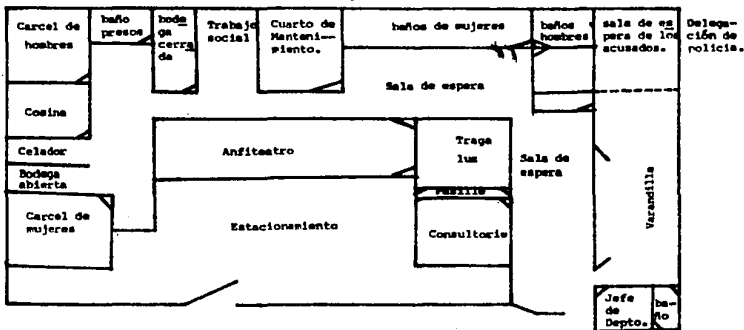
E.N.E.P. Zaragoza
 Diagrama que muestra la organiza-
 ción del Ministerio Público.



ANEXO 11

E.N.T.P. Zaragoza
Diagrama sobre la organización del
Jury calificador.

Estacionamiento del edificio de gobierno de la delegación



ANEXO 12

E.N.E.P. Zaragoza
Croquis que muestra la ubicación y
distribución de los deptos. de la
2ª. agencia investigadora. Koch. 83.

