

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA
U.N.A.M.

ESTUDIO PSICOLOGICO COMPARATIVO EN
UN GRUPO DE ALCOHOLICOS MEXICANOS Y
UN GRUPO DE .NORMALES.

TESIS

Que para obtener el título de

PSICOLOGO

presenta

XOCHITL GALLEGOS BAÑUELOS

Bajo la dirección del

Dr. MANUEL FALCON G.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Z.5053.08
UNAM.33
1966
EJ.2

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MEXICO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
MEXICO



1966

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MEXICO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MEXICO

A MIS PADRES

371

A MIS HERMANOS

A VICTOR ADOLFO

C O N T E N I D O

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO.

- a) Diversas definiciones y fases del alcoholismo.
- b) Sus causas.
- c) Tratamiento del alcoholismo.

CAPITULO II.- REVISION HISTORICA Y GEOGRAFICA DEL ALCOHOLISMO.

- a) Descripción Histórica.
- b) Panorama del alcoholismo en algunos países.
- c) Panorama del alcoholismo en México.

CAPITULO III.- ASPECTOS BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO.

- 1.- Biológicos a) Farmacología y Bioquímica del alcohol, lesiones producidas.
- 2.- Psicológicos a) Factores psicógenos en el alcoholismo.
b) Psicosis causadas por el alcohol.
- 3.- Sociales a) El alcoholismo y la Familia.
b) El alcohol en el Derecho Penal.
c) Suicidio y homicidio en relación con el alcohol.

CAPITULO IV.- ESTUDIOS PREVIOS ACERCA DE LA ESTRUCTURA SOCIOCULTURAL Y EMOCIONAL DEL ALCOHOLICO.

- a) Estudios relativos.
- b) Psicodinamia del alcohólico.

CAPITULO V.- ESTUDIO PSICOLOGICO COMPARATIVO EN UN GRUPO DE ALCOHOLICOS Y UN GRUPO CONTROL.

- a) Hipótesis y presentación de los grupos alcohólico y control.
- b) Análisis estadístico de los datos, resultados obtenidos y conclusiones.

APENDICE

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

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

En los últimos veinte años el problema del alcoholismo como enfermedad ha adquirido proporciones gigantescas no obstante la antigüedad del problema, que parece remontarse a varios miles de años antes de la era cristiana, pero fue hasta el año de 1950 que se fundó la primera organización mundial para la extinción de esta lacra, me refiero naturalmente al Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud. Desde la creación de este Subcomité los estudios logrados gracias a la fórmula de Jellinek y la colaboración de otras autoridades sobre la materia, han permitido determinar con mayor claridad la enorme incidencia del alcoholismo en la mayoría de los países del mundo, así como sus graves consecuencias y su más efectiva profilaxis.

La importancia del alcoholismo como problema social en nuestro país me ha llevado a la elaboración de este pequeño trabajo que solo espero dé una imagen aproximada del alcoholismo y contribuya en algo a conocer la problemática de un pequeño grupo perteneciente a la clase media baja del alcohólico mexicano.

El interés en el tema ha nacido precisamente de la contemplación cotidiana del triste y deprimente espectáculo que proporcionan los alcohólicos en nuestro país. El propósito fundamental es conocer por medio de una pequeña investigación la situación psicológica reinante de aunque sea un pequeño grupo de alcohólicos, y aún más, tratar de llegar a conclusiones válidas para poderlas aplicar; pero la tarea no es tan fácil, porque intervienen una gama de factores de índole ajena a nuestro campo de estudio, que probablemente pueden interferir de manera no favorable al logro de la investigación, sin embargo creo que el solo conocimiento de esta dificultad, nos ayudará a tomar con más cautela los resultados que se obtengan.

He tratado de dar una imagen del alcoholismo, exponiendo conceptos generales acerca del tema, así como también un acercamiento a la situación existente del problema en nuestro país y en algunos otros países del mundo. También quise hacer hincapié aunque no constituya en modo alguno mi especialidad, en los aspectos biológicos y sociales, esto fue con el propósito de integrar el aspecto psicológico y no enfocar el problema solo desde este último ángulo. Quiero aclarar que como no constituyen mi campo de estudio los aspectos médicos y legales traté de establecer solamente lo fundamental, y los errores que haya son naturalmente producto de la ignorancia acerca de estos campos que como ya dije son ajenos a mi especialidad.

También he mencionado algunos de los estudios que se han hecho en alcohólicos, para completar el trabajo de revisión teórica y también porque resulta muy interesante saber que es lo que han encontrado otras personas que han emprendido investigaciones relacionadas con este problema.

De esta manera el trabajo queda dividido en cinco capítulos, comprendiendo el primero, naturalmente, las definiciones y conceptos generales. En el segundo capítulo se hace una breve revisión histórica y geográfica del problema, comprendiendo, el panorama del alcoholismo en México y en algunos otros países del mundo. El capítulo tercero se dedica a tratar los problemas biológicos, psicológicos y sociales, incluyendo las llamadas psicosis alcohólicas; de manera somera, la química y la farmacología; también los problemas de suicidio y homici-

dio; y una breve revisión del alcohol en el derecho penal. En el capítulo siguiente se expone una pequeña descripción de algunos estudios psicológicos realizados acerca del alcohólico, tanto mexicano, como de otros países. Y por último el quinto capítulo está dedicado al planteamiento del problema, a la presentación del grupo experimental y del grupo de comparación así como también comprende el análisis estadístico de los datos, los resultados obtenidos y las conclusiones. El apéndice está constituido por una serie de datos y gráficas obtenidos de un cuestionario socioeconómico aplicado a un número mayor de alcohólicos.

Entre las limitaciones del estudio voy a mencionar las que considero más importantes. Obviamente que al utilizar una técnica tan discutida como es el Psicodiagnóstico de Rorschach, se pudo haber incurrido en la subjetividad de calificar las pruebas, pero por otro lado no se hizo en modo alguno interpretación individual, sino que se interpretaron globalmente los índices que resultaron significativos.

Otra limitación importante la constituye el hecho de que mientras los sujetos que constituyen el grupo alcohólico, no estudian actualmente; para poder aparear los grupos en edad y escolaridad, fue necesario que el grupo control esté constituido por sujetos de la misma edad y escolaridad de los alcohólicos, pero que estudian actualmente, es indudable que esta limitación y la anteriormente mencionada, hayan podido alterar en algo los resultados obtenidos, sin embargo quedan en pie todos los datos con las limitaciones resultantes, para que en una investigación posterior, se logren controlar todas las variables posibles.

Pero espero que los errores existentes sean perdonados en función del sano interés que me guió para la realización de este trabajo. Y espero que en un día no muy lejano, las estadísticas muestren que en todo el mundo el alcoholismo está desapareciendo; ese día habrán encontrado su recompensa todo el conjunto de gentes que se han dedicado a entender y acabar con el problema en todo el mundo.

X. G. B.

R E C O N O C I M I E N T O S

Quiero agradecer públicamente a las siguientes personas su colaboración desinteresada para la realización de este trabajo.

Al Dr. MANUEL FALCON G., por sus valiosas aportaciones y dedicación para la corrección de esta tesis.

Al grupo SEMINARIO DE TESIS y en general al Psicólogo PEDRO MICHACA por su valiosísima ayuda en lo referente a la parte experimental.

A los compañeros SILVIA YEPEZ y V.A. COLOTLA por su colaboración en la obtención de datos y revisión bibliográfica.

Al Director del Centro de Salud DR. DOMINGO ORVAÑANOS por las facilidades -- prestadas para obtener los datos del grupo experimental.

A los directores de las siguientes escuelas:

Escuela Primaria Nocturna "Enrique Flores Magón".

Escuela Secundaria Nocturna "No. X".

Escuela Primaria "Basilio Badillo".

Escuela Primaria "Protasio Tagle".

Escuela Primaria "Francisco Giner de los Ríos".

Escuela Primaria "Estado de Tlaxcala".

Escuela Primaria "Héroes de El Carrizal".

A los alumnos de las escuelas antes mencionadas que se prestaron amablemente a la --- realización de las pruebas para obtener los datos referentes al grupo Control.

Al Sr. MIGUEL LLANERAS SEGURA, Jefe del Departamento de Personal de la "Cía. - Operadora de Teatros, S.A.", por las facilidades prestadas para la realización de este traba- jo.

A todos los integrantes del Departamento de Personal de la "Cía. Operadora de Tea- --- tros" y en especial a la Srita. LETICIA MAGAÑA por sus aportaciones en el manejo de la -- máquina calculadora.

A todos en general MUCHAS GRACIAS.....

C A P I T U L O

I

CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO

En este capítulo se tratará de estructurar lo que es alcoholismo, por medio de definiciones relacionadas, etapas en que se divide y las consecuencias que acarrea.

a) Diversas Definiciones.

Uno de los primeros intentos para clasificar el alcoholismo como una enfermedad, fue realizado en la primera reunión del Subcomité de Alcoholismo de la O.M.S. (49). La definición propuesta en dicha reunión, realizada en 1950, es la siguiente: "Alcoholismo denota toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que, por su extensión sobrepasa los linderos de costumbres sociales propias de la colectividad respectiva, sean cuales fueren los factores etiológicos, así como el origen de los mismos, respecto a la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas".

Un concepto sobre lo que es el alcoholismo nos es ofrecido por el "Seminario Latinoamericano Sobre Alcoholismo" (46- Pag. 15-16), y se refiere al alcoholismo como "Un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión del alcohol, una vez iniciada, y la incapacidad de abstenerse de alcohol".

La palabra "alcohólico" también ha sido motivo de controversia, pero se ha acordado la siguiente definición: " Los alcohólicos son aquellas personas que beben con exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un disturbio mental evidente o de interferir con su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y una buena conducta social económica ; y por lo tanto requieren tratamiento " (46).

Desde el punto de vista psicológico se ha dicho que el alcoholismo es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en formas repetidas para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto de otras formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas necesidades.

Fases del Alcoholismo.

El Subcomité de Alcoholismo propone en su segundo informe las siguientes fases del alcoholismo, haciendo la aclaración de que la duración de tales "fases" varía de acuerdo con las características individuales y los factores ambientales (50).

Fase Sintomática Prealcohólica. - Al principio los motivos que conducen al presunto alcohólico, alcoholómano o nó, a consumir bebidas alcohólicas, son siempre de orden social. Pero en contraste con el bebedor corriente, que lo hace por razones sociales, - el presunto alcohólico (así como el bebedor excesivo sintomático ocasional) pronto experimenta alivio bajo la influencia del alcohol. Si ese alivio es muy pronunciado, en su caso es porque sus tensiones psicológicas son mayores que en el caso de los otros miembros de su círculo social, o porque él no ha aprendido a controlarlas como los demás.

Inicialmente el bebedor atribuye su alivio a las circunstancias más bien que a la bebida misma, y busca por lo tanto las ocasiones en las que tiene oportunidad de beber. Naturalmente, tarde o temprano, se da cuenta de la relación entre el alivio que experimenta y la bebida. Al principio solo busca este alivio ocasionalmente, pero después de un período de seis meses a dos años, su resistencia a las tensiones disminuye a tal grado que tiene que recurrir casi todos los días al alivio que le proporciona el alcohol. Sin embargo su ingestión de alcohol no alcanza la embriaguez, pero para el anochecer hay cierta liberación de las tensiones emocionales, este estado implica un consumo fuerte de bebidas alcohólicas en comparación con el de los otros individuos que forman parte de su círculo social. Al cabo de algún tiempo se nota un aumento en la tolerancia al alcohol, es decir, que requiere una cantidad de alcohol mayor que la consumida anteriormente para alcanzar el estado de sedación deseado.

Fase Prodrómica. - Con la iniciación repentina de un comportamiento parecido a la palimpsestosis en la anoxemia se señala el principio de la fase prodrómica en la alcoholomanía. El bebedor que quizá no ha consumido, más de 50 a 60 grados de alcohol absoluto y que no manifiesta ningún síntoma de embriaguez, puede sostener una conversación razonable y efectuar una serie de actos complicados sin tener el menor recuerdo al respecto al día siguiente, aunque a veces pueda recordar vagamente uno o dos detalles sin importancia.

Esta amnesia no relacionada con la pérdida de conocimiento, es llamada por Bonhöfer "palimpsestosis alcohólicas" haciendo alusión a los antiguos manuscritos romanos que conservan huellas de una escritura anterior no del todo borrada. Los palimpsestos alcohólicas pueden manifestarse en raras ocasiones en un bebedor corriente cuando, hallándose en un estado de agotamiento físico o emocional, ingiere bebidas alcohólicas en cantidades considerables. Los bebedores no alcoholómanos también pueden experimentar "palimpsestosis" pero no frecuentemente y después de marcada embriaguez.

Por lo tanto, es la frecuencia de los "palimpsestos" y su aparición después de una ingestión moderada de alcohol lo que caracteriza al presunto alcoholómano.

La iniciación de los "palimpsestos alcohólicas" va seguida (en algunos casos precedida) de la aparición de comportamientos relacionados con la bebida que indican que, para este tipo de bebedor la cerveza, el vino y los licores han dejado de ser bebidas y se han convertido en fuentes de una droga que él necesita. Algunos de estos comportamientos implican que el bebedor se da vagamente cuenta que bebe en forma diferente a los demás.

El consumo subrepticio es uno de esos comportamientos. En reuniones sociales el bebedor busca oportunidad de beber algunas copas a escondidas porque teme que se le juzgue mal se sabe que el bebe más que los otros.

En un estudio realizado por Ferrara se toma como punto de partida el primer episodio de embriaguez recordado por el paciente, para ver cuantos han dado un margen más que aprovechable para hacer la profilaxis del síntoma y de todo el proceso que venía en desarrollo. Se observó que el 35% de los episodios, suceden antes de cumplirse el tercer año de dicha embriaguez; el 24% entre los 4 y 7 años; el 19% entre los 8 y 11 años; y el 22% más allá de los 12 años de la primera embriaguez.

Esto quiere decir que en este caso especial, sobre el total de los 210 enfermos encuestados solamente 30 presentaron el palimpsesto antes de cumplir el año del primer episodio de embriaguez. En todos los demás casos, se hubiera podido detectar a tiempo el síntoma.

El palimpsesto debe estar relacionado con un mecanismo muy íntimo de la histofisiología nerviosa o aún de la psicofisiología, porque en condiciones similares de ambiente, cantidad ingerida y edad en la que se produce no siempre los resultados han sido idénticos.

Después del palimpsesto suele suceder que el bebedor cambia su estilo de vida en relación con el alcohol. Y además no siempre está condicionado a la conciencia que ha tomado del palimpsesto, sino que parece ser una verdadera evolución del proceso orgánico o psíquico. Esto se confirma porque muchos de los enfermos encuestados, no dieron importancia a la amnesia alcohólica, y sin embargo su conducta ulterior sufrió modificaciones.

El consumo de bebidas alcohólicas en esta fase es "fuerte" pero no llama mucho la atención y no conduce a la embriaguez franca y pronunciada. Sin embargo este estado requiere de un consumo de bebidas alcohólicas fuera de la común y corriente. La cantidad de alcohol consumido puede empezar a afectar los procesos metabólicos y nerviosos, como lo demuestra la frecuencia de los "palimpsestos alcohólicos".

Esta fase puede durar de seis meses a cuatro o cinco años, de acuerdo con la constitución física y psicológica del bebedor, sus lazos familiares sus relaciones profesionales, sus intereses generales, etc. La fase prodrómica termina y empieza la fase crítica con la aparición de la pérdida del control (loss of control over drinking) como lo ha llamado Jellinek (17).

Fase Crítica o Básica. - La "pérdida de control" entra, en efecto, después de que el individuo ha empezado a beber, pero no da origen a la iniciación de un nuevo período de embriaguez. El bebedor pierde la facultad de controlar la cantidad de licor que ingiere - una vez que empieza a beber, pero aún puede ejercer control sobre si bebe o no, en una ocasión determinada. Esto es evidente por el hecho de que después de una "pérdida de control", el bebedor puede pasar por un período de abstinencia voluntaria.

Cuando surgen las tensiones, el tomar "una copa" es el remedio natural para él; estando convencido de que en esta ocasión el consumo se limitará a una o dos copas solamente.

Casi simultáneamente con la aparición de la "pérdida de control" el alcoholómano empieza a razonar su comportamiento respecto a la bebida: inventa las bien conocidas "excusas" de los alcohólicos. Encuentra explicaciones para persuadirse de que no ha perdido el control sino que ha tenido buenas razones para embriagarse y que, de no existir tales razones, es capaz de comportarse con respecto a la bebida igual que cualquier otra persona.

El sistema racionalista da origen a otro síntoma, o sea el "sistema de aislamiento". Los razonamientos naturalmente lo inducen a pensar que la culpa no es de él, sino de los demás, y esto se traduce en una actitud de retirarse progresivamente del medio social. El primer signo de esta actitud es una conducta marcadamente hostil. Posteriormente este último proceder da origen a sentimientos de culpabilidad. Durante el período prodrómico había experimentado remordimiento de vez en cuando al beber en exceso; ahora surge el remordimiento persistente, y esta tensión suplementaria, constituye otra razón para beber.

El predominio de sus preocupaciones por el alcohol induce al alcoholómano a proteger su abastecimiento, esto es, escondiendo una amplia provisión de bebidas alcohólicas en lugares menos esperados. Este proceder expresa el temor de verse privado de lo que para él constituye una necesidad para su vida. En la casuística de la investigación realizada por Ferrara, el síntoma abandonar amistades no tiene una manifestación muy elocuente. Allí se observa que sólo el 43% ha dejado o ha sido dejado por amigos, y el 57% mantiene sus amistades. En cuanto empleos, el 57% ha dejado empleos y el 43% los mantiene. Es aquí donde se observa bien este síntoma de la evolución de la alcoholomanía, o sea, la cantidad de empleos que han recorrido los enfermos encuestados; sólo el 10% mantiene su primer empleo, el 14% cambió por lo menos una vez de trabajo, y el 76% lo ha hecho en más de dos oportunidades.

Con relación a la familia el 95% manifiesta tener interés por ella. A medida que va avanzando esta evolución de la alcoholomanía, el paciente cuida excesivamente su abastecimiento como único motivo, o como motivo crucial de sus tareas y preocupaciones en esta etapa de la evolución. Ya no tiene preocupaciones algunas por el alimento diario, antes por el contrario, descuida totalmente la ingestión de alimentos, primero porque el alcohol ha realizado ya su devastadora función fisiopatológica sobre la mucosa gástrica y sobre todo el mecanismo físico y psíquico del apetito, y segundo porque su pensamiento recurre sólo a la provisión del alcohol para subsistir.

Esta desorganización psíquica y aún celular se va a traducir inclusive por una pérdida de la apetencia sexual, que en lugar de aquietar su problema genital, exacerba su situación de dependencia y comienza a manifestarse psíquicamente con una preocupación celatoria hacia su esposa o la mujer con quien convive. Esto aumenta la hostilidad contra la esposa e imagina actividades sexuales de su cónyuge fuera del matrimonio, lo que da origen a los llamados celos de los alcohólicos.

El 47% de los enfermos manifiestan pérdida del impulso sexual o disminución ostensible del mismo. El 43% no ha notado cambios en sus relaciones sexuales; el 10% no mantiene relaciones sexuales en el momento de la encuesta o en este instante del desarrollo de la adicción.

Con relación a los celos o a la conducta celatoria, el porcentaje de enfermos que manifiestan tener este síntoma es alto, casi 5 de cada 10 enfermos consultados (17).

El descuido de la alimentación adecuada agrava los efectos incipientes del consumo excesivo de bebidas alcohólicas sobre el organismo, y frecuentemente el alcoholómano tiene que someterse a la primera hospitalización por algún padecimiento de origen alcohólico.

Al llegar a este punto, los remordimientos, el resentimiento y la lucha entre la necesidad de beber y los deberes, las dudas y la falta de seguridad en sí mismo han desorganizado -

en tal forma la personalidad del alcoholómano que ya no puede empezar el día sin el apoyo - que le proporciona el alcohol, ingiriéndolo al levantarse, así principia la bebida regular ma-
tutina.

Durante toda la fase crítica el alcoholómano hace un gran esfuerzo sobrehumano para - no perder completamente todo su prestigio social. Algunas veces los efectos de la embriaguez vespertina le ocasiona alguna pérdida de tiempo, pero generalmente logra cumplir con su tra-
bajo aunque descuida a su familia. Hace un particular esfuerzo para no embriagarse durante el día.

Fase Crónica. - En esta fase se quebranta la resistencia y se encuentra por pri-
mera vez embriagado en pleno día durante la semana, permaneciendo en tal estado durante -
varios días hasta que le halla completamente incapacitado. Esta última conducta es objeto -
de tan unánime desaprobación de parte de la sociedad que entraña un grado de riesgo social. Estos períodos prolongados de embriaguez generalmente provocan un deterioro ético marcado, una disminución de las facultades mentales, las cuales no son sin embargo irreversibles.

En este período sobreviene comunmente una disminución de la tolerancia al alcohol, la mitad de alcohol requerida anteriormente puede ser suficiente para provocar un estado de estu-
por. Los temblores toman carácter persistente. Estos síntomas se manifiestan en la fase cróni-
ca cuando el alcohol ha desaparecido del organismo. Finalmente en el curso de los frecuen-
tes y prolongados estados de embriaguez, los razonamientos son sometidos a pruebas tan fre-
cuentes y duras por la realidad, que todo el sistema racionalista se quebranta y el alcoholóma-
no se da por vencido. Entonces espontáneamente se hace accesible al tratamiento. Sin em-
bargo su obsesión por la bebida continúa pues no ve otro medio de escape.

Jellinek opina que no más del 10% de los alcohólicos desarrollan psicosis alcohólicas, y concomitantemente se observa con la embriaguez permanentemente y el deterioro ético o de conducta, una perturbación de la ideación y el pensamiento, que puede tener características psicopáticas en algunas ocasiones.

Se puede decir que la evolución de la adicción en el medio latinoamericano se produce a partir de la adolescencia, recorre las etapas descritas por Jellinek y llega al fin de este de-
sarrollo entre los 31 y 35 años de edad.

La alcoholomanía tiene períodos fáciles de detectarse y detenerse, pero una vez que se ha llegado a la fase crónica el tratamiento implica un largo y difícil proceso de desintoxica-
ción y curación psicósomática posterior.

Existe otra clasificación de los alcohólicos en tres categorías: (17)

Bebedor Moderado.
Bebedor Excesivo.
Alcoholómano.

a) Se considera bebedor moderado a aquella persona que acostumbra ingerir bebidas al-
cohólicas regular o irregularmente, sin disminución ni siquiera leve de su estado de concien-
cia y que puede dejar de beber en cualquier momento.

b) En el segundo grupo o sea en el de los bebedores excesivos se encuentran aquellos — que presentan períodos más o menos marcados de embriaguez, pero que todavía regulan la dosis que ingieren.

c) Los alcoholómanos son las personas que dependen totalmente del alcohol, es la categoría en la que se presenta "la incapacidad de detenerse en la ingestión de bebidas".

Existe también otra clasificación del alcoholismo en dos categorías: (17)

- a) Alcoholismo Intermitente.
- b) Alcoholismo Inveterado.

a) Alcoholismo Intermitente. Es el alcoholismo en el cual el individuo presenta una incapacidad de detenerse frente a la primera copa. Si no llega a ésta podrá pasar algún tiempo sin que caiga en el alcoholismo.

b) Alcoholismo Inveterado. Se trata de una forma de alcoholismo en la que el individuo que la padece es incapaz de abstenerse de tomar alcohol.

Por otro lado, Murphy se ha encargado de dividir los alcohólicos en dos clases: (12)

- 1.- Alcohólicos Esenciales.
- 2.- Alcohólicos Reactivos.

Alcohólicos Esenciales. - Estos adictos son los que gustosamente empiezan a beber y experimentan la intoxicación relativamente a una temprana edad. Comúnmente o siempre beben hasta la intoxicación, usualmente no despliegan un patrón claro en su beber. Son impotentes para beber socialmente por un período largo de tiempo, y beben adictivamente en la ausencia de factores discernibles como la voluntad.

Alcohólicos Reactivos. - Son los adictos que no exhiben usualmente una historia de temprana y repetida intoxicación; pueden usar el alcohol "socialmente" en un número determinado de años, por ejemplo: con sólo una posible intoxicación y beber no severamente (12), pueden exhibir claramente periódicos o continuos patrones en su beber y empezar a beber de manera adictiva relativamente tarde en la vida, a diferencia de los adictos esenciales aparentemente en una reacción a la vida ante situaciones las cuales van encontrando intolerables (12).

Clasificación con respecto al tipo de bebida. - Con respecto al tipo de bebida a que es afecto un determinado alcoholista se han establecido tres grupos (58):

- 1.- Enolistas: que ingieren bebidas que contienen entre diez y veinte grados de alcohol, obtenidas de la fermentación (vino, cerveza, sidra, etc.).
- 2.- Etilistas: Afectos a bebidas que contienen entre veinte y sesenta grados de alcohol, y que se obtienen por destilación (caña, whisky, etc.).

- 3.- Absintistas: dedicados a bebidas con una cantidad de alcohol similar a las anteriores, pero que contienen esencias como los licores en general.

b) CAUSAS DEL ALCOHOLISMO.

Existe una costumbre muy arraigada que consiste en tomar una copa con motivo de cualquier celebración, es decir, se usa el alcohol en sus diversas formas como agentes "socializador" y se ha dicho que a través del uso del alcohol como socializador se puede adquirir el hábito alcohólico (25).

Pero esto no es tan sencillo, porque se debe aclarar que sólo caen en el alcoholismo -- aquellos que tienen una enfermedad que altera su personalidad psicofísica. Por lo tanto el -- ser alcohólico implica una deficiencia cualquiera de la personalidad (24). Y también es -- pertinente hacer notar que no hay alcohólicos que se conviertan en bebedores sociales, o si los -- hay son muy escasos, la persona que ha sido alcohólica una vez, seguirá siéndolo siempre -- como alcohólico potencial (15).

Lo anterior es por lo que se refiere a las causas del alcoholismo como sociales o provenientes del medio.

Pero otra corriente muy difundida que viene a ser la que explica el origen del alcoholismo como proveniente de los conflictos psicológicos de la persona.

Pues el beber representa un escape del mundo que de otra manera sería insoportable, se ha dicho que el indígena y el campesino de América Latina en general, utilizan el alcohol debido a una necesidad de compensar su desgaste orgánico, y adquirir de esta forma el vigor -- que necesitan para las duras tareas que cumplen (39). Esta opinión también es sostenida por -- Ferri, según lo menciona Zaffaroni, ya que el primero ha dicho que la gran causa del alcoholis -- mo, es el industrialismo, pues obliga a los obreros a un gran trabajo que agota y fatiga, y de -- esta manera buscan la energía artificial que proporciona el alcohol.

Según dos peritos peruanos, la vida del indio latinoamericano tiene 3 escapatorias principales: las migraciones para huir de la aldea que no les proporciona tierras, la coca para es -- capar del hambre engañándola y el alcohol para olvidar la miseria social (39).

Es así como se tienen dos corrientes para explicar la causa o causas del alcoholismo, -- pues ya se dijo que por un lado está la escuela que propone que los factores sociales son los -- decisivos para realizar la alcoholomanía, y en apoyo de esto, Porot menciona como existe -- en varios países una serie de programas publicitarios que crean un clima psicológico favorable a la intoxicación de las masas, como por ejemplo la teoría del alcohol como alimento a lo -- que se ha argumentado que el alcohol en efecto es un alimento, pero un pésimo alimento (40).

Por otro lado se ha insistido mucho, sobre como los aspectos psicológicos concientes e -- inconcientes pueden dar origen a la adicción alcohólica. (26)

Hartocollis (24) menciona como factor esencial causante del alcoholismo, que por me -- dio del alcohol el individuo se puede librar de las inhibiciones, del miedo y por tanto sentir -- se valiente y sin preocupaciones.

Otro factor podría ser que una esposa mal ajustada puede empujar a su compañero hacia el alcohol (48).

Estudios psicológicos hechos en diversos países (Milles, Wall, Flemming, en los Estados Unidos; Duchene, Deshaies, en Francia), llegan a la conclusión de que los sujetos presentan siempre una debilidad moral, poco carácter, desequilibrio, inaptabilidad social, etc.(40).

Para apoyar la teoría de factores psicológicos como desencadenantes del alcoholismo, - cabe relatar un experimento de Wassermann (23), ya que éste produjo una "neurosis experimental" en gatos sometiendo a conflictos severos. Se entrenaba a los gatos para que aprendieran a abrir una caja y obtener comida en respuesta a una señal luminosa, pero en una ocasión se le daba un shock eléctrico en el momento en que abría la caja para alimentarse, después de repetidas ocasiones que esto acontecía, los gatos mostraron signos de neurosis o conducta desorganizada como, maullar, saltar, salivar copiosamente o vomitar, o bien encogerse en un rincón. Antes de la neurosis, los gatos se rehusaban a beber leche con alcohol; después de la neurosis se le dió a la fuerza ésta por medio de tubos de alimentación. Bajo la intoxicación alcohólica el gato era aliviado de su conducta neurótica y tomaba el alimento de la caja sin inhibiciones. Posteriormente los gatos que fueron intoxicados se les dió a elegir entre leche simple y la leche con alcohol; la mitad de los gatos prefirieron la última y tomaron hasta el grado de alta intoxicación. Guilford hace ver que "en todos los aspectos esenciales la relación entre el alcohol y el deseo de alcohol, con el conflicto parece ser la misma en los gatos y en los hombres". (23, Cap. IV).

c) TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

Tomando en cuenta que la bebida es un mal social, es necesario atacar los factores sociales que lo determinan (10); pero en forma global se debe crear un programa de lucha contra el alcoholismo que deberá comprender según Jellinek: (25)

- 1.- El cuidado público de los alcohólicos.
- 2.- Actividades de Educación Pública.
- 3.- Actividades de Investigación.
- 4.- Control de la venta de bebidas alcohólicas.

1.- En algunos países entre ellos Francia se ha comprendido el problema del difícil tratamiento del alcoholismo y se han creado establecimientos destinados a curar alcohólicos a base de internarlos; a estos establecimientos se les ha llamado "Maisons de cure" o villas de reposo. La curación después de un tiempo prolongado se ha logrado en proporción del treinta al sesenta por ciento.

También en Francia el Dr. Requet ha fundado un club de antiguos bebedores curados, - que cuenta ahora con cerca de 300 miembros en Lyon, viene a ser la adaptación francesa de los alcohólicos anónimos de los Estados Unidos de Norteamérica.

Alcohólicos Anónimos. - Esta renombrada asociación merece un paréntesis aparte por ser una de las principales asociaciones en el mundo que se dedican exclusivamente a ayudar a los alcohólicos mediante un enfoque que consiste en tratar de romper la falsa creen-

cia de que pueden abandonar el alcoholismo en cuanto lo deseen, y trata de que acepten el hecho de que son impotentes ante su alcoholismo, ya que el problema fundamental del paciente es que mantiene una orientación positiva con respecto a la idea de beber.

La Asociación de Alcohólicos Anónimos se funda en Akron, Ohio, EE.UU., en 1936 por William Wilson y un grupo de alcohólicos curados, su funcionamiento tiene mucha semejanza con los primeros grupos que se formaron con fines terapéuticos, bajo la dirección de J. H. Pratt en 1906, basado en los conceptos de Slavson, Schilder y Klapman. Actualmente cuenta con más de 100 mil miembros.

En cuanto a otro tipo de tratamiento que no sea la psicoterapia de grupo, se hace psicoterapia individual para extirpar las razones que llevaron al sujeto a su toxicomanía pues el alcohólico no ha forjado un carácter y una personalidad suficientemente sanas, la primera condición es deshacer el autoengaño (15), pues existe toda una serie de defensas mentales, las cuales hacen que no pueda ver su problema con claridad.

Otra condición es que tiene que dejar de beber definitiva y totalmente, pues no puede manejar el alcohol y si no llega a convencerse de que una sola gota de alcohol es su ruina nunca llegará a curarse. Pero para lograr esto, se le tienen que proporcionar elementos psicológicos de apoyo.

El pronóstico es pobre si el paciente no se da cuenta que necesita una ayuda de fuera.

En un experimento de Koumons, Müller & James, se usaron cartas para aumentar la motivación en el tratamiento de los alcohólicos. De entre 100 alcohólicos crónicos, referidos a un hospital de custodia pública durante sus crisis alcohólicas agudas, 50 recibieron una carta que los invitaba y expresaba el interés para que retornaran a la clínica alcohólica del Hospital General de Massachussets para un tratamiento psiquiátrico. El análisis de equis cuadrada mostró que la carta había logrado efecto positivo en estos alcohólicos motivándolos a que asistieran (30).

Por otro lado, en el Hospital Psiquiátrico de Pesaro en Italia, se ha utilizado como un nuevo método de tratamiento que complementa o substituya en algunos casos las terapéuticas de deshabitación farmacológica y psicoterápica, la proyección cinematográfica repetida de las fases de delirio agudo y subagudo alcohólico, así como la proyección de un film tomado personalmente al paciente, a fin de poner más de manifiesto los aspectos dramáticos de su alcoholismo. Tras esta proyección se comprobó constantemente una intensa reacción de choque emotivo, con desintegración de las diversas formas de resistencia típicas de los alcohólicos - ello hizo más fácil la relación psicoterápica y más eficaces, por ser aceptadas con plena conciencia, las distintas terapéuticas farmacológicas de la deshabitación. Las proyecciones de tales films "personales" como técnica de apoyo, vienen realizándose en dicho hospital desde hace aproximadamente tres años, con resultados positivos (18).

Wallerstein propone que cada paciente alcohólico se debe tratar con un método distinto de acuerdo con sus características psicológicas. Relata un estudio que se hizo para presentarlo en la trigésimo-octava Sesión Anual del Colegio Americano de Médicos en Boston, Massachussets en el año de 1957.. En dicho estudio se utilizaron cuatro formas de terapia: antabus, reflejo condicionado, hipnoterapia de grupo y tratamiento en su medio ambiente, se tomó al

azar una población representativa de alcohólicos incluyendo todas las variedades psiquiátricas con el objeto de determinar la eficacia de cada una de las formas de terapia. Expone como cada uno de los métodos terapéuticos utilizados se distingue por un impacto psicológico y específico, y las respuestas de cada paciente están determinadas en gran medida por la interacción de la significación psicológica específica de la terapia usada, con el propio sistema de requisitos psicológicos del paciente (55).

Se ha combinado también en el tratamiento de los enfermos alcohólicos la psicoterapia con sustancias de tipo químico, entre estas cabe mencionar las que más se utilizan.

J. Hold y Jacobsen (Porot) (40) propusieron el disulfiram, al que también se le ha llamado antabus, el cual se le administra al enfermo, y las molestias posteriores a la ingestión del alcohol, mientras el disulfiram está en la sangre, son tan intensas, que el paciente pierde interés por la bebida. El tratamiento con disulfiram es una variante del método de reflejos condicionados negativos. Por su parte Murcia Valcarcel utiliza el disulfiram solo en casos inaccesibles a psicoterapia por cualquier razón (37).

También se ha utilizado muy frecuentemente la reserpina, la cortisona y sus derivados, así como la clorpromazina y los meprobanatos. La clorpromazina y la reserpina más hidratación especial se utiliza también en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia.

El alcoholismo agudo se ha tratado con insulina la cual acelera el metabolismo del alcohol en el cuerpo (38).

En una investigación reciente hecha por los doctores Caso, Martínez e Iriarte, se utilizó el temposil (carbamida de calcio citrado), el cual ayuda al enfermo a que se abstenga de beber, ya sea por el método de reflejos condicionados o simplemente dándole el medicamento y advirtiéndole los síntomas que le esperan si llega a ingerir bebidas alcohólicas. Siguiendo esta línea de terapia se observó que durante 10 meses, de 25 enfermos sólo 5 volvieron a beber, los 20 restantes dejaron de beber durante un período de observación. (33).

2.- Por lo que se refiere a las actividades de Educación Pública, se pueden tomar medidas como las siguientes: Promover programas de educación en contra del alcohol, por medio de grupos o asociaciones formales, tales como la Iglesia y otro (57). Esta medida propuesta por Windham parece ser buena, pues así de esta manera con la ayuda de todas las asociaciones existentes en un país, se haga llegar al pueblo una serie de propaganda en contra del alcohol, o bien, hacer conciente la necesidad de divertirse sanamente por medio de los deportes, actividades teatrales, culturales, etc. El gobierno mismo, debe darle auge al deporte, para encaminar a los adolescentes hacia una vida sana, haciendo deportes al aire libre. Sólo así, en un futuro no muy lejano se empezará a sentir el efecto positivo de estas medidas en contra de este problema tan avasallador como lo es el alcoholismo.

También podría incluirse dentro de las actividades de educación pública, la medida que propone Selzer para reducir el número de accidentes donde está implicado el alcohol mediante una educación a la gente que gusta dar fiestas, para modificar el beber de sus invitados (45) aunque esta medida sería un poco difícil de lograr, pues el hábito de beber durante las reuniones sociales está muy arraigado.

3.- En cuanto a las actividades investigatorias sería muy conveniente que se instalaran laboratorios experimentales bien equipados para la investigación de los problemas del alcoholismo, ya sea en los centros antialcohólicos o en los diversos hospitales donde se da tratamiento antialcohólico. Asimismo que se incrementara el apoyo a todos los laboratorios funcionantes, y aún aumentar su número, en las Escuelas y Facultades donde se imparten disciplinas psicológicas y sociales.

4.- Por lo que se refiere al control de bebidas el gobierno podría contribuir eficazmente tratando de controlar en la medida de lo posible, el consumo de bebidas, ya sea ejerciendo una mayor vigilancia hacia todos los expendios de éstas, y/o impidiendo que se abran nuevos expendios de bebidas como lo han venido haciendo hasta la fecha.

En México se desarrollan campañas educativas utilizando todos los medios de difusión posibles. Además los profesores reciben durante su enseñanza normal, orientaciones sobre el problema del alcoholismo, para que guíen en su labor futura al alumno.

Todas las anteriores medidas y otras más, deben incrementarse en México y en otros países, principalmente en aquellos en donde el problema del alcoholismo ha alcanzado cifras alarmantes, como en Suecia y Estados Unidos, para poder combatir esta lacra que hoy en día es tan grande que impide a muchas naciones su normal desarrollo y progreso.

C A P I T U L O

I I

REVISION HISTORICA Y GEOGRAFICA DEL ALCOHOLISMO

A) Descripción Histórica.

Tres o cuatro mil años antes de Cristo, ya existían vides en China, según lo afirman -- unos antiguos documentos chinos (17). Por otro lado ya el profeta Mahoma prohibía en el Co_rán el uso de bebidas fermentadas a sus fieles (40, Pag. 90). Aunque Lenormand admite que el cultivo de la viña fue herencia de la raza semítica prehistórica cuando habitaba el nortede de la Mesopotamia (34).

Grecia popularizó el vino en sus bacanales, se dice que en aquel entonces Asclepiades comprobó la relación de la cirrosis hepática con el abuso del vino.

Roma también cultivó desmedidamente el alcohol de uva.

En Egipto se bebía una bebida semejante a la cerveza llamada Zitus. En las Galias la cervicia era la bebida embriagante. Un licor extraído de la miel fermentada era la bebida de los bretones. Los turcos desde tiempo inmemorial beben el raki, que es preparado con frutas. El Arak es extraído del mijo y la cebada y lo beben los Afganos. En la India se bebe principalmente el vino de soma. En Siberia un sumo tóxico sacado de un hongo llamado "agaricus muscarius". En la Malasia se bebe aguardiente de arroz llamado Bodik.

Por otro lado en Latinoamérica, entre los pueblos pre-cortesianos se elaboraba el Octli o pulque. En la mitología azteca existía una diosa productora del pulque llamada "Mayahuel" y cuyo templo se llamó Tezcatzoncatl (7).

En Argentina fueron introducidas las primeras plantas por las provincias de Cuyo en 1561. Como consecuencia las bebidas autóctonas para el plano sudamericano fueron la chicha y el pulque.

Con respecto a las medidas prohibitivas en América son conocidas desde el tiempo de los aztecas, los cuales tenían prohibido embriagarse, principalmente los jóvenes, solo se les permitía beber en fiestas a los ancianos y moderadamente. Las penas para quien infringía la ley, se catalogaban desde leves hasta la privación total de los bienes o la pena de muerte. En Sudamérica, se sabe que en 1658 el oidor de Lima y Mandatario de Colombia, prohibieron fabricar, vender o tomar chicha "bajo pena de multas y azotes". Como antecedente vale mencionar, que el alcohol etílico fue dado a conocer por Arnaldo de Villanueva en 1,300 y el metílico por Jairlo en 1852.

Pero la lucha higiénica en contra del alcohol se vió impedida por la Iglesia colonizada, ya que bajo su ritual creció el uso desmedido del vino.

Por su lado en Europa, el primer antecedente prohibitivo se remonta a Carlomagno. En Francia la ley del 24 de enero de 1873, instituye, por primera vez en ese país, medidas represivas contra la ebriedad, pero de 1921 a 1938, numerosas leyes favorecieron la apertura de numerosos expendios de bebidas, para que después con el decreto ley del 29 de julio de 1939, se limiten de nuevo el número de establecimientos.

Después en el año de 1951, con la ley del 6 de enero del mismo año, se permite hacer propaganda para los aperitivos a base de vino lo mismo que para los licores, la ley del 24 de mayo de 1951 restablece la libertad de fabricación y de venta para todas las bebidas que habían estado prohibidas por la ley de 1941 (32).

Es así en Francia y otros países, como sigue la cadena, primero prohibiciones, para después abolirlas y de esa manera surge con más brío el problema del alcoholismo en todo el mundo.

B) Panorama del Alcoholismo en algunos países.

Estados Unidos reconoce para el año de 1956 más de cinco millones de alcoholistas en su país. Actualmente, Estados Unidos cuenta con 4.500,000.00 alcohólicos, (Cameron), en este mismo país, 175 mil personas faltan a su trabajo diariamente por causa del alcohol, lo que acarrea una pérdida cuantiosa en dinero anualmente (12) (34).

Como medidas restrictivas, se intentó hace tiempo, la Ley Seca o "Volstead Act", la cual fue tan radical, que lo único que logró fue agravar el problema y ampliarlo, pues fue causa principal de que hayan ascendido las cifras de adictos a otras drogas.

Se discute si el tratamiento debe ser obligatorio para los alcohólicos, en vez de voluntario como se ha venido haciendo, pues aparte del registro cuantioso de actos delictuosos cometidos por alcohólicos, las investigaciones han mostrado que el índice de mortalidad también es alto, ya que un 65% muere entre los 35 y 59 años. Es por eso que se ha señalado la necesidad de tratar el alcoholismo como problema de masa.

Francia es un país en el cual también se ha agudizado el problema del alcoholismo, pues su progresión alarmante colocó a este país a la cabeza de las otras naciones, antes de la Segunda Guerra Mundial, fue frenada momentáneamente por las leyes de 1940 y 41 pero desgraciadamente fueron revocadas y esto ha provocado un resurgimiento alarmante del problema. La mortalidad ha aumentado por enfermedades como: tuberculosis pulmonar, neumonías, nefritis y enfermedades del corazón. El número de psicosis alcohólicas era en 1956 de 15 mil y al parecer ha seguido aumentando.

La consumación anual de vino en Francia es de aproximadamente de 137 litros por habitante. La consumación de cerveza es de aproximadamente 12 millones de hectolitros, los cuales proporcionan alrededor de 600 mil hectolitros de alcohol puro (32). Francia produce de 60 a 80 millones de hectolitros por año y hay 588 mil expendios de bebidas.

En América el problema tiene también una magnitud abrumadora, pues por ejemplo en Chile, se sabe que cada habitante consume al año 153 litros de vino y chicha, 2.05 litros de licores diversos y 32 litros de cerveza, o sea que cada chileno consumidor de bebidas alcohólicas ingiere 187.05 litros al año y en cambio cada chileno consumidor de leche 164.4 litros al año (58).

En Ecuador existen gran número de depósitos de aguardiente a tal grado que hay pueblos en los que prácticamente cada casa es un estanquillo, con grandes facilidades de pago para los consumidores. En varias regiones cada ingenio posee una destilería de alcohol; además del aguardiente se bebe también, la chicha, el guarapo, el pulque, etc. La chicha es una bebida fermentada a base de maíz o arroz, y el propio indígena la puede fabricar en su casa, ya que el gobierno no se lo prohíbe, su toxicidad ha sido comprobada en varios países.

En Argentina el terreno plantado con vid, uvas cosechadas, y bodegas necesitan cerca de 170 mil personas ocupadas en estas tareas, esta cadena industrial tiene un capital aproximado de 15 mil millones de pesos invertidos.

A continuación se expone una tabla presentada en el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo en Viña del Mar en el año de 1960, empleando la fórmula de Jellinek que es:

A (No. de Alcohólicos) = $\frac{P \times D}{K}$

A (No. de alcohólicos) = $\frac{P \times D \text{ (defunciones por cirrosis hepática)} \times R}{K}$

Donde: P = a la proporción de defunciones por cirrosis hepática que puede ser atribuida al alcohol.

K: el porcentaje de los alcohólicos con complicaciones que mueren por cirrosis hepática.

R: la razón de todos los alcohólicos a los alcohólicos con complicaciones.

El valor de "P" o sea la proporción de defunciones por cirrosis hepática fue obtenida del estudio de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática durante el Siglo XX. (Ver TABLA I. Apéndice)

Desde luego que la cerveza es la bebida alcohólica consumida por la mayoría de las personas aficionadas a la bebida.

La Tabla No. 2 muestra la producción de cerveza en 21 países americanos y en 6 países europeos, 1948, 1951, 1958. (Ver TABLA No. 2. Apéndice).

Una Tabla interesante, viene a ser la de consumo de alcohol absoluto, ya que las diferentes bebidas no tienen el mismo porcentaje de alcohol. (Ver TABLA No.3. Apéndice).

C) Panorama del alcoholismo en México.

En nuestro país el problema tiene proporciones alarmantes, de acuerdo con el censo que se efectuó en la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación de la S.S. A. en 1960, seis de cada mil habitantes son alcohólicos. También se encontró siguiendo la

fórmula de Jellinek, una tasa de alcoholismo de 18 por 1,000 habitantes tomando en cuenta solo a las personas en edad susceptible de caer en el alcoholismo (7).

Una segunda investigación fue hecha en 1964 por encuesta directa, en una población de burócratas que tienen un nivel educativo y socioeconómico mejor que el promedio de la población general. El resultado fue la tasa de 7 por 1,000. Corrigiendo la tasa para personas mayores de 18 años, queda en 12.3 por 1,000, lo que equivale decir que uno de cada 83 adultos está invalidado por el alcohol (8).

Actividades Médico-Asistenciales. - "Para la resolución de estos problemas", expone el Dr. Calderón, "nuestro país desarrolla actividades en el campo asistencial y en el de la prevención. En el asistencial hay tres servicios externos y de internamiento. Los primeros son de 3 clases: Centros específicos de rehabilitación de alcohólicos, consultas externas de psiquiatría y consultas ocasionales que se ofrecen en los servicios de Higiene Mental." En general en nuestro país se considera que el internamiento del alcohólico debe ser mínimo, e intentar siempre la rehabilitación del individuo en su medio ambiente" (8).

Por lo que se refiere a los resultados reportados por los servicios de rehabilitación de los alcohólicos en un período de dos años, se sabe que se logra la abstinencia total en el 9% de los casos; rehabilitación con dos recaídas en el 3% de los casos de 5 a 10 recaídas en el 16%; de 10 a 15 recaídas en el 48% y nulidad en el tratamiento en el 24% restante (8).

En la actualidad se cuenta con 6 grupos de Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación y 45 grupos de Alcohólicos Anónimos, sumando todos ellos un total de 1,700 personas.

Cada mexicano consume ahora 35 litros de licor al año, lo que es casi una duplicación de 18 litros que consumían en 1935. Esto es explicable, ya que el número de expendios de bebidas en 1955 era de 80 mil y en 1960, casi el doble (54).

Una condición social que favorece el alcoholismo, es la publicidad que hacen las compañías de bebidas que gastan cerca de 800 millones de pesos al año en esta propaganda.

Durante los últimos 30 años el alcohol ha intervenido en el 66% de los delitos de sangre, así como en el 70% de los accidentes de tránsito que condujeron a la muerte. Existe una correlación elevada 0.86, entre el número de expendios de bebidas embriagantes y el índice de homicidios en la República Mexicana.

C A P I T U L O

I I I

ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO

1.- Aspectos Biológicos.- Dentro de los aspectos biológicos quedan incluidos tanto la farmacología y bioquímica del alcohol, como las consecuencias que acarrea en el organismo.

A) Farmacología y bioquímica del alcohol, lesiones producidas.- El alcohol etílico es una molécula pequeña, cuya fórmula es C_2H_5OH , es altamente hidrosoluble y está desprovista de cargas eléctricas, su absorción se lleva a cabo por simple difusión a través de las paredes del tubo digestivo y el epitelio pulmonar, una vez absorbido se distribuye uniformemente en el agua del organismo, y posteriormente es oxidado a razón de un gramo por kilogramo de peso corporal y por hora. La oxidación es el proceso principal de eliminación del alcohol ingerido, pues es quemado del 90 al 98%; la oxidación se lleva a cabo por la acción de enzimas específicas que primeramente transforman el alcohol etílico en acetaldehído y luego éste en ácido acético, el cual se transforma finalmente en ácidos fumáricos y metálicos, que finalmente se descomponen en anhídrido carbónico y agua, constituyendo todo este proceso una fuente de eliminación del alcohol, siendo los otros dos principales, la excreción por orina y la evaporación por la transpiración y expiración. En términos generales el nivel más frecuente de la eliminación por orina está entre el 2 y el 4% del total ingerido.

Es importante mencionar la composición química de algunas bebidas como por ejemplo: la composición química del vino en la cual entran el agua y el alcohol, además, en menor cantidad, sales orgánicas, ácidos libres, aldehídos, éteres, azúcares, glicerinas, aunque el alcohol metílico también está presente en los vinos normales, entra en una proporción no superior al 0.25% ya que es considerado como elemento altamente tóxico para el organismo, existen también en la composición normal del vino alcoholes como el amílico y el isoamílico, los cuales son los responsables del bouquet del vino.

Composición química de la cerveza: Alcohol de 3 a 5%, maltosa y dextrina sin fermentar del 4 al 5%, sustancias albuminoides y extractivas del 4 al 85. Además anhídrido carbónico, ácidos libres, glicerina, fosfatos, materias esenciales y amargas del lúpulo. Vitamina B, niacina y riovflavina además de agua. Es de señalarse que el poder vitamínico de la cerveza es muy escaso.

Composición química de la sidra:

Alcohol	8%.
Acidez en ácido málico	3.4%.
Acidez volátil en ácido acético	0.66%.

Azúcar reductor	2.00%.
Sacarosa	0.35%.
Extracto seco	20.3 %.
Cenizas	1.2 %.

Por último la composición química del cognac viene siendo la siguiente: el francés pocas veces sobrepasa el 43% de concentración alcohólica, mientras que en otros países alcanza hasta el 55%, sus otros componentes son, aldehídos, alcoholes superiores, materias extractivas, PH, esterés, cenizas y substancias colorantes.

La intoxicación alcohólica crónica provoca desarreglos anatómicos o funcionales a nivel de diferentes aparatos y sistemas; como lo son el sistema nervioso, el aparato cardiovascular, el aparato digestivo, etc.

a) Sistema Nervioso.- En el sistema nervioso se manifiesta la intoxicación por temblores de labios y párpados, temblores digitales, debe distinguirse la velocidad del temblor, ya que el temblor lento puede pertenecer al parkinsoniano, y el temblor rápido es el de las intoxicaciones graves y agudas, mientras que el temblor de rapidez media es el temblor del alcohólico y además va acompañado por un contingente neuromuscular.

El alcohol primeramente es un excitante y después es un depresor descendente del sistema nervioso central, actúa de manera semejante al éter y al cloroformo en cuanto a su acción anestésica o depresiva, inhibe los procesos más complicados de la corteza cerebral y termina por inhibir los centros respiratorios y vasomotores del bulbo raquídeo.

Se pueden mencionar tres lesiones principales del Sistema Nervioso (44).

1.- Lesiones degenerativas de las neuronas de la corteza o del puente, acompañadas de gliosis.

2.- Lesiones necróticas y desmielinizantes, de algunas estructuras como el cuerpo calloso, las vías ópticas, etc.

3.- Cambios en la corteza cerebelosa, que parecen constituir una degeneración selectiva de la capa granulosa, que puede acompañarse de degeneración de las células de purkinje (44) Neuburger Karl, t.: The changing Neuropathologic Picture of chronic Malnutrition. Pag. 671).

El Dr. Walter R. Miles (17), profesor de Psicología Experimental de la Universidad de Yale, en 1932 clasificó los síntomas que pueden observarse a los distintos niveles de concentraciones alcohólicas en la sangre. A este cuadro se le conoce actualmente con el nombre de Escala de síntomas tóxicos de Miles, que a continuación se expone:

0,010.... Cabeza despejada. Hormigueo débil en las mucosas, Respiración más libre.

0,020.... Algo de pesadez. Ligeró mareo. Bienestar físico. Afable. Sin apuros. Conversador.

0,030.... Euforia suave. Sensación intensa de bienestar. Gran amabilidad.

0,040.... Temblor escaso de mano. Memoria rica y vívida. Ademanos pesa

- dos. Risas inmedibles.
- 0,050.... Sin inhibiciones. Vanidad exagerada. Autocrítica embotada. Torpeza de movimientos.
- 0,070.... Sensación de lejanía. Pulso y respiración rápidos. Mayor torpeza en los movimientos.
- 0,100.... Tambaleo muy perceptible, somnolencia, falta de seguridad en todos los movimientos.
- 0,200.... No puede realizar movimientos delicados, necesita ayuda, náuseas, amnesia.
- 0,300.... Estado estuporoso. Respiración pesada, sueño, vómitos.
- 0,400.... Anestesia profunda.

Como se puede apreciar al nivel de 0,300 cc. de alcohol en la sangre, el Sistema Vasomotor y el Respiratorio estan casi inhibidos totalmente.

Claro que las cifras de Miles, están sujetas a variación por la fluctuación de la tolerancia de un individuo a otro y del mismo individuo en diferentes ocasiones, el cansancio, el sueño, las náuseas, vómitos, una emoción vilolenta, también son factores capaces de modificar el umbral de tolerancia.

Resulta poco discutible el decir que la ingestión de 6 a 8 cc. de alcohol absoluto por kilo de peso, con absorción rápida puede conducir a la muerte.

Los temblores que tan frecuentemente presentan los alcohólicos, son también efectos del alcohol en el Sistema Nervioso.

b) Aparato Cardiovascular.

A concentraciones elevadas de alcohol, disminuye el rendimiento energético del corazón, se produce dilatación de los vasos, principalmente de los cutáneos, que es la causa de que se caliente y enrojezca la piel.

c) Aparato Digestivo.

El alcohol presenta una fuerte acción irritante en las mucosas que al volverse crónica produce las glositis, gastritis y enteritis de los alcohólicos.

En el estómago, la acción irritante aumenta la secreción de jugo gástrico. En el intestino el efecto del alcohol también produce irritaciones en la mucosa.

En el hígado, el alcohol produce daños en la célula hepática y su consecuencia es la afección llamada cirrosis hepática, ésta es la causa de una gigantesca proporción de defunciones, y frecuentemente se amplía el índice de mortalidad por cirrosis hepática como indicador de la prevalencia del alcoholismo en cada país, lo cual ha quedado explicado en el capítulo anterior.

Los efectos del alcohol también son notables en el aparato respiratorio, como lo muestran la gran cantidad de alcohólicos que padecen procesos infecciosos broncopulmonares.

2.- ASPECTOS PSICOLOGICOS.

A) Factores Psicógenos.- El alcohol alivia la angustia producto de las tensiones que causa la vida cotidiana a una personalidad de por sí enferma, estas tensiones normales, se convierten en conflictos, frustraciones y resentimientos, con una psicodinamia más compleja en el alcohólico, pues su tolerancia para la angustia es menor que la de otras personas. El alcohol ha demostrado aliviar la angustia, aunque de manera pasajera, pues mientras más se va avanzando en el alcoholismo, existen más razones para que el enfermo se sienta más angustiado. Cualquier acto que dé como resultado una reducción fácil de la angustia, tiende a volverse hábito.

Pero también se puede entender el alcoholismo en función de personalidades psicopáticas. De esta manera podemos entender el alcoholismo por un lado en psicópatas y por otro lado en otras personalidades en que la angustia es un factor muy importante.

También se ha descrito al alcoholismo como un síntoma de una enfermedad mental, como sucede en ciertas fases de la epilepsia, aquí cabe mencionar a la dipsomanía como equivalente epiléptico.

Dipsomanía.- Este término se aplica solo a una categoría muy limitada de personas. La dipsomanía se puede definir como "el trastorno o síntoma psíquico caracterizado por una ansia irreprimible de bebidas alcohólicas limitado técnicamente a casos con ataques periódicos de embriaguez que no pueden achacarse a otra causa, comparada o identificada a menudo con la constitución epileptoide" (56).

El alcoholismo también se ha encontrado como síntoma en algunos estados depresivos de las psicosis maniáco-depresivas, en los desajustes emocionales del psicópata y del neurótico, en ciertas fases de los estados deficitarios de los oligofrénicos, de los seniles o de los post-encefálicos (25).

La degradación psíquica se nota sobre todo en la esfera moral y afectiva, los trastornos de carácter aparecen como expresiones súbitas de cólera y alegría, se llega a un grado en que hasta las discusiones banales se tornan rápidamente trágicas, en la esfera laboral el trabajo se torna irregular, viene la inestabilidad de empleos y el pésimo rendimiento profesional subsecuente.

B) Psicosis causadas por el alcohol.

El alcohol juega un papel importante en las enfermedades mentales. En EE.UU. durante los últimos 30 años, se ha mostrado que existe una relación directa entre la cantidad de alcohol ingerido en una comunidad y las psicosis estadísticamente clasificadas en el grupo alcohólico. Durante 1919 a 1921 en que se observó más o menos estrictamente la "ley seca", hubo 720 primeros ingresos con psicosis alcohólicas en Nueva York. En 1929 esta suma aumentó a 2,013 y en 1941 alcanzó la cifra de 3,132, desde esta fecha no ha habido ningún cambio apreciable por unidad de población (38).

También es importante una investigación que llevó a cabo Selzer (45) para determinar la incidencia del alcoholismo y enfermedades psíquicas. Se examinaron 67 conductores que

habían sido arrestados por conducir en estado de intoxicación; 38 (57%) de los conductores - eran alcohólicos, 10 (18%) fueron clasificados como alcohólicos probables, 4 fueron pre-alcohólicos y 15 no fueron alcohólicos. Considerando juntos a los alcohólicos, los alcohólicos probables y los pre-alcohólicos, se puede apreciar que no menos del 78% de los conductores arrestados presentan problemas patológicos de beber.

De los 67 conductores, 63 fueron personalidades enfermas (29 personalidades pasivo-agresivas; 25 sociópatas, 1 personalidad inestable; 1 personalidad paranoide; 4 fueron depresivas y 3 esquizofrénicas.

De los 15 conductores no alcohólicos 5 tenían personalidades enfermas por distintos motivos; 4 personalidades pasivo-agresivas y 1 sociópata.

Los más importantes tipos de enfermedad mental son: Delirium Tremens, Psicosis de Korsakoff, Alucinosis Aguda, Deterioración Alcohólica Crónica, Paranoia Alcohólica. En todas ellas debe tenerse muy en cuenta el factor avitaminosis tan frecuente en los alcohólicos.

Delirium Tremens. - Este término se utilizó en 1813 por Thomas Sutton, aunque el autor no le imputó su etiología al alcohol, la cual fue descubierta 5 años después por Rayer (17). Los síntomas principales son: alucinaciones auditivas y visuales, horribles y espantosas en contenido a veces zoopsias, desorientación en tiempo y espacio, ansiedad, insomnio, inestabilidad para dormir y comer, temblores, incoordinación general; y algunos raptos convulsivos.

En algunos casos parece que la causa probable es la ausencia de alcohol en el organismo después de que el enfermo ha estado bebiendo durante un tiempo prolongado, esto se ha comprobado experimentalmente, dejando de administrar alcohol de manera brusca (*), en personas que durante 48 días o más han estado ingiriendo 360 ml. o más de tóxico. En otros casos, la causa puede ser debida a trastornos metabólicos como diversas carencias nutricionales especialmente de la vitamina B, trastornos en el metabolismo de las proteínas, también puede ser desencadenado por un estado febril o por un traumatismo. El cuadro es eminentemente vesperino y agravado en la obscuridad. Se presenta más a menudo en sujetos de más de 35 años y con alcoholismo crónico de más de 3 ó 4 años.

El período agudo se limita a una semana, aunque el uso de la insulina y el complejo vitamínico B acortan la duración de los brotes a 24 ó 48 horas.

Psicosis de Korsakoff. - Este síndrome fue descrito en 1887 por el psiquiatra ruso Serguei Korsakoff, los síntomas principales son: principalmente la confabulación, amnesia, desorientación en tiempo y espacio. Se presenta en individuos de edad avanzada. Por lo que se refiere al tratamiento y pronóstico, muchos casos completan su evolución en 6 a 8 semanas, con una recuperación casi completa de la salud mental, ya que casi siempre existe cierto grado de déficit. Por lo regular dosis de complejo vitamínico B suelen mejorar el estado. El insight no se recupera en la mayoría de los casos.

Alucinosis Aguda. - Los síntomas son de carácter esquizofrénico, existen alu

(*) A poto suspenso. (suspensión del vaso).

cinaciones preferentemente de orden auditivo, amenazas, acusaciones y delirios de persecución y celotípico. El ataque se produce repentinamente después de un período de estar bebiendo, el enfermo suele recuperarse en un plazo de 5 días a un mes. A diferencia del "delirium tremens", la alucinosis alcohólica nunca va seguida del síndrome de Korsakoff. Como este cuadro se presenta en personalidades esquizoides principalmente, a veces el período alucinatorio se prolonga y se funde con una esquizofrenia evidente.

Deterioración Alcohólica Crónica. - Un gran número de las personas que ingieren grandes cantidades de alcohol durante un período prolongado terminan por sufrir una desintegración de la personalidad que puede variar desde una alteración de la inestabilidad y el control emocional hasta una demencia. Esta demencia alcohólica es provocada por una atrofia progresiva de la corteza de los lóbulos frontales. Entre los síntomas se cuenta una tendencia marcada a actuar en forma impulsiva, el enfermo desarrolla también resentimiento, hostilidad y sentimientos de culpa, al final se puede observar un desplomo de los patrones éticos y morales de la conducta.

El tratamiento debe ser base de ejercicio físico activo, trabajo ocupacional constructivo y psicoterapia. El pronóstico es pobre ya que a menudo el daño en el cerebro es irrevocable y también porque por lo regular son enfermos de edad avanzada y en virtud de esto, los patrones y actitudes de la conducta están poco accesibles a la reeducación.

Paranoia Alcohólica. - Este cuadro se caracteriza por falsas percepciones de celos e infidelidad, el paciente es irritable, desconfiado. El pronóstico es pobre.

Intoxicación Patológica. - Este cuadro se presenta en individuos que tomando poco alcohol, exhiben severos cambios mentales semejando reacciones patológicas hacia el mismo alcohol. Los síntomas son: rabia, confusión, excitación. Y bajo este estado se pueden cometer actos de violencia, incluyendo, asesinato, estupro o incendio intencional. Una vez pasado el ataque el enfermo puede no recordar nada de los que hizo durante el mismo.

Síndrome de Wernicke. - Este síndrome fue descrito en 1881 por Wernicke; los síntomas consisten en: oftalmoplejía, pérdida de la memoria, confabulación, apatía, demencia progresiva, obnubilación de la conciencia. Este síndrome está asociado a una insuficiencia de tiamina y niacina, se presenta principalmente en los alcohólicos crónicos, pero se ha descrito también en la anemia perniciosa, en el cáncer gástrico y en otras enfermedades. Se pueden presentar juntos síntomas de psicosis de Korsakoff y de enfermedad de Gayet Wernicke. También en la encefalopatía carencial se puede observar en el mismo enfermo, delirium tremens, psicosis de Korsakoff, encefalopatía por falta de niacina y síndrome de Wernicke.

Existen otras enfermedades que en algunos casos se deben a intoxicación alcohólica, como la epilepsia alcohólica, la poliencefalitis hemorrágica de Wernicke y la enfermedad de Marchiafava.

3.- ASPECTOS SOCIALES.

A) El alcoholismo y la familia. - Uno de los aspectos más importantes del alcoholismo, lo constituyen los estragos que causa en la sociedad, principalmente en la familia, pues cuando un padre de familia es alcohólico la familia se disocia, surgen a cada

momento enredos conyugales que terminan frecuentemente en golpes e injurias de diversas clases, la situación se hace cada día más crítica. M. Brunaud (32), estima que se puede atribuir al alcoholismo al menos la cuarta parte de los divorcios y separación corporal, ya que en numerosos casos la separación se hace sin acto jurídico.

Por parte de los hijos, todo muchacho o muchacha, sentirá horror hacia un hogar donde el padre o los padres nerviosos y excitados por el alcohol, por el menor motivo terminan en una disputa y también por cualquier pretexto, llegan a pegarle a los hijos; muchas veces, estos malos ejemplos, además de una falta de educación adecuada son la causa de la delincuencia juvenil, principalmente vagancia y robo. Los hijos que no incurrn en la delincuencia juvenil, serán siempre personas desajustadas y con una problemática más o menos grave.

B) El alcohol en el Derecho Penal. - En el Derecho Penal el problema del alcoholismo es muy importante, ya que se puede observar que desde la antigüedad, ha constituido un serio problema la gama de delitos cometidos por alcohólicos o por no alcohólicos en estado de ebriedad, es por eso que ya desde Francisco I de Francia, por edicto de 1536, establecía que el ebrio era castigado la primera vez con prisión a pan y agua, la segunda era fustigado en el encierro, la tercera fustigado en público, y por último era castigado con la amputación de las orejas, la infamia y el exilio, y si el ebrio cometía un delito, la pena era todavía más grave. En la época del absolutismo, Carlos V de Alemania o Carlos I de España, publica en los países bajos una ordenanza, por la que se castigaba muy severamente los delitos cometidos en estado de ebriedad.

También la legislación de los Incas y de los Aztecas era severa, sin posibilidades de eximentes o inimputabilidades.

Con respecto a la embriaguez según Francesco Carrara, puede mirarse en su grado o en su causa. Por su grado dice lo siguiente (58): "Mirada en el grado se divide por los médicos legistas en alegre, furibunda o letárgica, y por los juristas en completa o plena y en incompleta o semiplena, según que dejara o no algún rayo de inteligencia y de este modo alguna posibilidad de conciencia".

Por su causa: "Primero: embriaguez accidental, la cual se tiene en aquel que no bebe inmoderadamente, pero queda dominado debido a su condición morbosa o a la alteración del licor realizada maliciosamente por otros; Segundo: embriaguez culposa es la de aquel que bebe inmoderadamente hasta embriagarse, pero sin prever que llegaría a ello; Tercero: embriaguez voluntaria; es la de aquel que poniéndose a beber se propone precisamente, el fin de llegar al estado de ebriedad, pero sin prever que habría de cometer un delito; Cuarto: la embriaguez estudiada o como dicen otros, preordenada o premeditada, es aquella en la que se pone el culpable, después de haber premeditado el delito, con el fin de darse mayor coraje para cometerlo o de sofocar la excitación de la conciencia".

Zaffaroni sostiene que aunque el sujeto no llegue a la alienación mental, cuando está en estado de alcoholismo crónico, no puede dejar de beber, no es libre de hacerlo. Esto lo aplica a la teoría de las "acciones liberae in causa", y propone que si el individuo no es libre de dejar de beber, no hay acción libre en su causa y por lo tanto se trata de un inimputable, asegura que se le puede aplicar una medida de seguridad, pero nunca una pena.

En México, cuando alguien comete un delito, es importante determinar el grado de embriaguez, para esto el Dr. Alfonso Quiróz Cuarón ha diseñado un procedimiento clínico para diagnosticar el grado de embriaguez alcohólica, el cual es transcrito enseguida:

PROCEDIMIENTO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DEL GRADO DE EMBRIAGUEZ ALCOHOLICA, SEGUN "ALFONSO QUIROZ CUARON"

- 1.- Inspección:
 Aspecto del sujeto:
 Somnoliento:
 Mirada:
 Sudoración:
 Salivación:
 Vómito:
 Estado de los vestidos:
- 2.- Interrogatorio:
 ¿ A qué hora empezó a tomar ?
 ¿ Qué bebidas ?
 ¿ Qué cantidad ?
 ¿ Qué alimentos ha ingerido ?
 ¿ Qué cantidad ?
 ¿ A qué horas ?
- 3.- Actitud
 Excitada:
 Arrogante:
 Locuaz:
 Meláncólica:
 Deprimida:
- 4.- Pulso:
 Frecuencia:
- 5.- Pupilas:
 Dilatadas,
 Contraídas,
 Reacción a la luz.
- 6.- Aliento.
- 7.- Traumatismo y enfermedades.
- 8.- Orientación:
 en relación a su persona, al tiempo y al espacio.
- 9.- Memoria. Hacerlo relatar cronológicamente los sucesos de las últimas ocho horas.

- 10.- Capacidad de describir. Mostrar una estampa y hacerla describir. O la prueba de bleuler (vendados los ojos que describa el local de exploración).
- 11.- Hacerlo resolver cálculos aritméticos simples, de acuerdo con el nivel pedagógico.
- 12.- Palabra articulada. Hacerlo leer un párrafo de un diario o de un libro. Hacerlo pronunciar frases difíciles.
- 13.- Marcha. Signo de Romberg.
- 14.- Coordinación de movimientos: hacer que coloque el casquillo a la pluma fuente. Que con los ojos cerrados se toque con el dedo índice, la punta de la nariz. Con los brazos extendidos hacer que se toque los dos dedos índices, haciendo un movimiento circular. Que recoja del suelo diez alfileres o tachuelas.
- 15.- Expresión escrita: Al reverso de la hoja de exploración, que el sujeto escriba su nombre, edad, ocupación, domicilio y fecha. Marcar dos puntos separados uno de otro diez centímetros y hacer que los una, y enseguida que trace diez líneas paralelas a la anterior. Que escriba diez veces el número ocho. Que escriba diez veces el signo (). Al final de toda la exploración se repite esto una segunda vez, pidiendo al sujeto que trate de hacerlo lo más rápido que le sea posible, tomando el tiempo de cada una de las operaciones. El trazo de las líneas paralelas en el hombre normal, es de seis a ocho segundos, y de los números (8) y de los signos (), entre siete y diez segundos para cada una de las operaciones.
- 16.- Las tres fases de la embriaguez
- a) De excitación.
Vivacidad de movimientos: euforia; locuacidad; asociación de ideas superficiales. Pupilas dilatadas; respiración y pulso ligeramente acelerados. Piel húmeda. Se muestra tal cual es: sentimental, confidencial, alegre, melancólico, envanecido, etc.
- b) Confusión:
Hay incoordinación motora y confusión psíquica. Perturbaciones sensoriales, incapacidad de atención. Fuga de ideas. Impulsividad. Palabra difícil, pastosa, disartria. Actitudes inconvenientes. No es capaz de caminar sobre una línea recta. No permanece en equilibrio.
- c) De sueño:
No puede sostenerse de pie y a veces ni sentado. Pupilas contraídas,

piel pálida. Respiración y pulso lentos. Conciencia incompleta; no oye, ni comprende: reacciona sólo a estímulos violentos.

D I A G N O S T I C O

- 17.- Diagnóstico:
- a) Ebriedad Dinamógena (excitada).
 - b) Ebriedad inhibitoria (tranquila, callada).
 - c) Por su tono afectivo:
 - Eufórica.
 - Depresiva.
 - Melancólica.
 - Angustiosa.
 - Indiferente.
 - d) Por su cuadro clínico:
 - Maníaca
 - Depresiva
 - Histeroide
 - Psicastenoide
 - Paranoide
 - e) Por su estado emotivo dominante:
 - Córtico piramidal: reacciones motoras excitadas.
 - Córtico vagal: reacciones órgano-vegetativas: Vómito, diarreas, sudor, micción.
 - Córtico talámico: gestos faciales, risa, llanto.
 - Córtico cortical: reacciones de predominio de funciones intelectuales.
 - f) Patológica (Vivert) :
 - Agresiva o violenta
 - Exitomotora
 - Convulsiva
 - Confusa
 - Delirante.

Por lo que se refiere al hecho de manejar un automóvil en estado de intoxicación grave o leve es importante tomar en cuenta lo que expone el Dr. J. Thomason (52):

"Cualquier cantidad moderada de alcohol reducirá el tiempo de reacción por lo menos en un quinto, y quizás dos quintos de segundo. Si el automóvil va a una velocidad de 95 -- kilómetros por hora, esto quiere decir que recorrerá unos seis metros más, o quizás hasta doce metros más, que un conductor abstemio. Requiere mucho más tiempo para que la señal de -- "Peligro" se le registre en el cerebro y para que transmita la "acción" al pie que está sobre -- el freno.

El alcohol no sólo reduce la distancia del campo visual, sino que también lo estrecha. Se ha probado que bastan dos vasos de cerveza para disminuir en una tercera parte la distancia que puede verse claramente. Los mismo ocurre con la anchura del campo visual. Esto es especialmente peligroso para los conductores de automóviles, en las intersecciones o cruces de

las calles en donde el peligro de choques de "lado" es mucho mayor.

Este daño del alcohol en la vista lleva al bebedor a calcular mal la velocidad y la posición de los automóviles que se acercan en las horas de la noche. Le hace "salirse de su camino" en la carretera. Algunas veces ve doble, pues el adormecimiento del nervio óptico casi siempre tiende a la visión doble.

La Asociación Médica Británica, al hablar de los exámenes de choferes intoxicados, declara que pueden perderse nociones sutiles de dominio propio sin que haya señales aparentes de intoxicación alcohólica.

Los choferes bebedores y peatones intoxicados son responsables de las 10 mil muertes y 300 mil heridos en las calles y carreteras de los EE.UU. cada año.

En Bélgica, F.A. Comer, nota un aumento en la taza mediana de alcoholismo, en los años de 1955 a 1961. Menciona que hay cada vez más choferes que beben, también hace notar que los choferes que beben son más jóvenes en Bélgica que en Holanda. En 307 choferes muertos en carretera, la media de alcoholemia es de 1.59 por mil, en 3/4 de los casos la media es de 2.01 por mil (11).

En México, del total de accidentes de tránsito, el 7% están matizados por la presencia del alcohol, y de los accidentes de tránsito que conducen a la muerte, el porcentaje asciende a 68%.

C) Suicidio y Homicidio en relación con el alcohol.

Por lo que respecta al suicidio, que es otro importante aspecto social del alcoholismo, es un hecho de observación clínica que muchos suicidios se producen durante estados de intoxicación alcohólica.

Un estudio sobre las causas de suicidio en la República Mexicana durante los años comprendidos entre 1954 a 1963, hace notar que los intentos de suicidio bajo la influencia del alcohol, representan el 6.7% del total, de los cuales se consumaron 5.07% y se frustraron el 1.63%. O sea que el coeficiente de habitantes que intentan el suicidio bajo los efectos del alcohol, es de 17 x 1,000 habitantes, y los consuman en el 12 x 1,000 (Calderón).

En el homicidio, parece ser que la intoxicación alcohólica es un factor precipitante. Los países latinoamericanos tienen las tasas de mortalidad por esta causa más elevadas que otros países; Honduras, El Salvador y México, ocupan los primeros lugares con tasas superiores a 40 x 1,000 habitantes.

El porcentaje de homicidio asociado con intoxicación alcohólica, en algunos casos alcanza hasta el 44% (Nueva York). El porcentaje de la asociación del acto criminal con el alcohol, es mayor que en el caso del suicidio.

La gravedad del problema hace que se justifique plenamente una acción inmediata, coordinada y sistemática para reducirlo a través de un conocimiento adecuado de sus raíces psicológicas, sociales y culturales, canalizando todos los esfuerzos disponibles de la sociedad para una tarea preventiva.

C A P I T U L O

I V

ESTUDIOS PREVIOS ACERCA DE LA ESTRUCTURA SOCIOCULTURAL
Y EMOCIONAL DEL ALCOHOLICO. SU PSICODINAMIA.

A) Estudios Relativos.- Se ha comprobado en muchos aspectos, como por el alcoholismo se puede medir el clima de inseguridad y de frustración de una sociedad determinada.

En virtud de esto varios autores han realizado estudios culturales, ya sea para, encontrar la relación entre la sanidad y el alcoholismo, o la relación de este con la vivienda, como por ejemplo en el caso de un estudio que se realizó en Argentina en las Villas Miserias de los alrededores de la Plata. La encuesta reveló que el 32% de los que beben en las villas miserias lo hacen exclusivamente en sus casas, el 47% bebe en su casa y el boliche cercano, y el 21% restante, bebe sólo en el boliche; de lo anterior deducen que la amargura del sitio donde viven, los lleva frecuentemente a beber a un local impersonalizado, en este caso el boliche. Sin embargo, este argumento no parece muy fuerte.

Otra relación importante que se estudió en la misma encuesta, fue la existente entre el analfabetismo y el alcoholismo. De la muestra elegida resultaron analfabetos el 81% de los cuales el 74% tenían instrucción de uno a tres años de escuela, el 26% tenían instrucción de más de cuatro años. Desde el punto de vista de la alfabetización, el 56% eran alfabetos y el 44% no leía ni escribía (17).

Bunzel realizó un estudio acerca del alcoholismo en dos comunidades de indios americanos en Chichicastengo, Guatemala y Chamula, México. Menciona que en el primer grupo, al mismo tiempo que se bebe con exceso, hay frecuentes reacciones agresivas y sexuales que normalmente son inhibidas, hay frecuentemente orgías en las que los hombres permanecen ebrios durante muchos días consecutivos. Observa también en Chamula como se bebe en exceso, y como la población durante las fiestas se encuentra intoxicada durante un día o una semana, pero sin embargo, las reacciones son diferentes, hay poca agresión, las inhibiciones sexuales no se relajan y el jolgorio termina en estupor. Bunzel atribuye estas diferencias de comportamiento al complejo de instituciones económicas, sociales y religiosas con que cuentan cada una de las sociedades estudiadas (5).

Por otro lado, Horton, también ha hecho un análisis de la manera de beber en varias comunidades, concluyendo que las diferencias en la manera de beber y los efectos de esto se deben principalmente, a los factores sociales (27).

Michael Maccoby, llevó a cabo un estudio en la aldea de una comunidad agrícola mestiza de 850 habitantes en el Estado de Morelos, que según las estadísticas publicadas por la

Sociedad Mexicana de Higiene, ocupa el tercer lugar en cuanto al gasto per cápita de alcohol, precediéndole los Estados de México y Puebla. Se encontró que en la población estudiada, el 14.4 % de los aldeanos masculinos de 16 años o más, eran alcohólicos. Encontró que la orientación receptivo-pasiva de los alcohólicos podía inferirse de sus respuestas a la pregunta de la encuesta, "¿ Cuales son las fuerzas que determinan el destino del hombre?". De los alcohólicos el 68% veía al hombre como pasivo dependiente de la voluntad de Dios o de accidentes de nacimiento. De los abstemios, el 45% pensaba lo mismo, en tanto que más de la mitad pensaba que la decisión y la energía de la persona son los factores fundamentales. Asimismo, se observó que los alcohólicos casados estaban dominados por sus mujeres, y los solteros dependían de sus madres. De los 10 alcohólicos, solteros 8 estaban intensamente fijados a la madre, en tanto que los 16 alcohólicos casados sólo a 7 se clasificó como intensamente fijados a la madre (31).

Mc Dill afirma que bajo el excesivo consumo de alcohol los patrones del beber son muy variados y la personalidad puede cruzar a través de varias categorías clínicas. Menciona que un factor común para la personalidad adicta es la ansiedad excesiva y una falta de tolerancia psíquica para esta (35).

Un índice muy frecuentemente estudiado, lo constituye la relación existente entre el consumo de alcohol y el delito.

Verko (20) realizó un estudio comparativo de este tipo llegó a la conclusión, de que en los países eslavos, la embriaguez es decisiva en los delitos por violencia.

Garrido (20) hace notar, basándose en informes de Exner, profesor de la Universidad de Munich, como en Alemania y Austria descendió la criminalidad por el alcohol, cuando en la época de guerra y postguerra la malta era escasa y a efecto de esto la cerveza era mala y cara. Sin embargo, esto no es concluyente, porque este descenso no se puede atribuir tan solo a la cerveza en épocas tan críticas como las de guerra y postguerra.

B) Psicodinamia del Alcohólico.- En el estudio realizado por Maccoby establece para su país como rasgos principales de los alcohólicos la dependencia oral receptiva, la profunda fijación a la madre, impulsos sumamente agresivos y el deseo de escapar de la angustia de la soledad.

Entre los mexicanos, para poder explicar la psicodinamia, es necesario remontarse hasta la época de los aztecas, cuya sociedad era eminentemente patriarcal, en donde la embriaguez reiterada se castigaba con la muerte. En forma simbólica los aztecas consideraban el alcoholismo como fijación a la madre y como peligro para solución progresiva de la existencia humana, esto se puede explicar porque el códice de Fejérvary-Mayer, la diosa del pulque Mayahuel está representada como una mujer en una planta de maguey amamantando a un niño varón. La conquista española destruyó la autoridad patriarcal de los aztecas, esto fue factor decisivo para la extensión del alcoholismo. Sin embargo, la fijación oral persiste todavía, y por eso simbólicamente al beber se le llama "chupar", a la bebida "chupete", al bebedor "chupista"; o también "mamar", "mamadera", y esta terminología popular persiste para toda América, con ella, se está simbolizando inconcientemente la fijación en la etapa oral del desarrollo psíquico.

Señala Maccoby que los rasgos de carácter que hacen a un individuo más vulnerable al alcoholismo son: la receptividad, la fijación a la madre, el narcisismo y el machismo.

El Machismo. - "La palabra machismo alude a una cualidad sexual y se refiere al animal del sexo masculino y al hombre cuando se le atribuyen características masculinas"(1).

Aramoni ha definido el machismo en el mexicano como un sentimiento de inferioridad frente a la madre, con miedo y actitud reactiva hacia ella y hacia la mujer en general. Asegura que el machismo no es exclusivo del pueblo mexicano, pero sí es muy abundante. El machismo es uno de los factores socioculturales que fomenta el alcoholismo, obliga prácticamente a todos los adolescentes y más tarde a los adultos a ingerir grandes cantidades de alcohol para demostrar que son muy machos, pues según el lenguaje popular, el hombre para que sea hombre debe ser borracho, parrandero y jugador. Es así como la hombría está identificada con el alcohol, pues por eso se dice: "el vino se hizo para hombres".

En la comunidad estudiada por Maccoby se aplicó una pregunta la cual interrogaba acerca de si las mujeres debían tener los mismo derechos que el hombre. De los alcohólicos el 78% dijo que no, y de los abstemios el 44.8%. La X cuadrada de la diferencia es de 6.8 - significativa al nivel del 1%. En sus explicaciones a la respuesta de dicha pregunta, se puede observar, temor hacia las mujeres más bien que superioridad frente a ellas, o sea que se comprueba que el machismo del alcohólico es una reacción a su miedo hacia las mujeres, una compensación de su sentimiento de debilidad, dependencia y pasividad.

La psicodinamia del machismo según Santiago Ramírez, es la inseguridad de la propia masculinidad (42).

El machismo también aparece en el corrido y la canción ranchera, que comienzan a principios del Siglo XIX, se observa también ambivalencia hacia la mujer y es muy notoria la presencia del alcohol (1).

Dependencia. - El alcohólico habitualmente tiene una personalidad dependiente, precisamente por su fijación a la madre. Según el grado de fijación, Aramoni divide a los alcohólicos en dos categorías: 1o. el alcohólico que busca mantener el vínculo "simbiótico" con la madre; y 2o. el que bebe para reparar la imagen dañada de la fuerza masculina y el poder patriarcal. Pero tienen en común, la receptividad, pasividad y el temor a las mujeres.

Factores psíquicos predisponentes para la génesis del alcoholismo según Wittman (58):

1o.) Madre dominante, pero idealizada y amada, y padre duro, autocrático, que el paciente temió durante la infancia.

2o.) Intensa, estricta y severa obediencia impuesta por la vida familiar, con falta de libertad individual.

3o.) Inseguridad evidenciada por un insistente sentimiento de pecado o culpa de necesidad de apoyo místico o religioso.

4o.) Interés marcado por el sexo opuesto, pero con escasas posibilidades de satisfacción o fracaso de la vida marital.

5o.) Falta de autoconciencia con especial habilidad para tratar con tactos sociales y ser aceptado por otros.

6o.) Períodos ocasionales de depresión o infelicidad (subjetiva).

7o.) Hiperemotividad; trabajo hecho en condiciones de alto nivel de tensión nerviosa.

Las madres dominantes y agresivas, provocan un sentimiento de minusvalía en estos enfermos, que ellos defienden con agresión y dependencia.

González Pineda ha hecho un estudio de la agresión en México, establece dos núcleos de problemas: 1o. la necesidad de depender; y 2o. la incapacidad de mutua identificación.

Para el primer problema, como existe una incapacidad de satisfacción, existe también un desmedido deseo de obtener. Esto se traduce en agresión.

En el segundo, esta incapacidad de mutua identificación, provoca que se proyecte la agresión (22).

En base a la agresión los criminólogos están de acuerdo en que el alcoholismo crónico produce un estado de inferioridad física, mental y social y que además hay una propensión hacia el delito, aunque la persona no se encuentre en estado de embriaguez. Existe una correlación directa entre el alcohol y el delito, de modo especial con las agresiones (20). Esta correlación se pone de manifiesto en cada una de las fiestas pueblerinas, las que arrojan crecido saldo de muertos y heridos.

Nuevamente por lo que se refiere a la aldea estudiada por Maccoby, se observó que la mayor parte de la violencia, incluido el crimen, resultó de explosiones repentinas en la cantina, provocadas a veces por insultos imaginarios agrandados por dudas del propio valor.

En el estudio de Maccoby los aldeanos que no beben han abandonado el patrón exagerado del machismo y lo han compensado con una imagen basada en la capacitación y no en la agresión.

Sessions, en un artículo dice que el alcohólico está lleno de odio y desprecio hacia sí mismo. Describe como este odio es más tarde transferido a sus padres y en silencio más tarde hacia su esposa e hijos. El sujeto reacciona de manera violenta hacia instituciones establecidas como la iglesia y otras (47).

C A P I T U L O

V

HIPOTESIS, METODOLOGIA Y PRESENTACION
DE LOS GRUPOS ALCOHOLICO Y CONTROL

Para la presente investigación, fueron escogidos 30 sujetos alcohólicos del Distrito Sanitario No. 5 del D. F., así como también 30 sujetos no alcohólicos escogidos de varias escuelas primarias y secundarias nocturnas también del Distrito Federal, los cuales forman el grupo control. A estos sujetos se les aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach y el Test de Matrices progresivas.

DESCRIPCION DEL MATERIAL USADO.- Psicodiagnóstico de Rorschach:

Hermann Rorschach publicó su libro "Psicodiagnóstico-Método y Resultados de un Experimento basado en la Percepción Diagnóstica", en 1920. El test concebido por Rorschach consiste en diez láminas que ilustran unas manchas de tinta, algunas son cromáticas y otras no cromáticas. Consiste la prueba en mostrarle al sujeto una a una las láminas y preguntarle que es lo que ve en ellas, siempre controlando y apuntando el tiempo de reacción, así como también el tiempo de respuesta y la rotación que llegue a hacer el S de las láminas.

La difusión del método de Rorschach ha seguido tres dimensiones, una de ellas es ampliar el método, introduciendo progresivamente nuevos elementos y nuevos símbolos, esta orientación corresponde a la de B. Klopfer, del cual se seguirá su método en este estudio. Klopfer estudia varios índices y fórmulas para la interpretación del Rorschach, de estos se han tomado 21 índices que serán los que se evalúen en este estudio.

Test de Matrices Progresivas de Raven: Esta prueba conocida por muchos psicólogos es derivada de la teoría bifactorial de Sperman, quien considera que la inteligencia está determinada por un alto número de factores especializados (uno para cada función, por un número limitado de factores de grupo (que intervienen en cierto número de funciones) y por un factor general común a todas las funciones).

El test de Raven es un test factorial, busca primordialmente la saturación del factor general o factor G, suministra información directa de la magnitud individual de ciertas funciones cognitivas (observación y razonamiento) y una cierta evaluación de casi todas ellas, pero se debe aclarar que no suministra el conocimiento de la inteligencia general, pues sería necesario medir el factor e o específico, mediante los tests factoriales correspondientes, aunque si proporciona una medición más o menos exacta del factor G que es común a todas las habilidades intelectuales.

El psicólogo inglés J.C. Raven, con la colaboración de Penrose, imprimió por vez pri-

mera sus "Progressive Matrices" en 1936, se hicieron varias revisiones hasta la de 1956, que es la que se utiliza en este estudio, se trata de un cuaderno ilustrado con 60 matrices progresivas en blanco en negro, divididas en cinco sets de dificultad creciente del primero al quinto y cada uno del primer ítem al último. La administración consiste en presentarle al sujeto uno a uno los 60 problemas de completamiento, cada uno con la respuesta correcta mezclada entre varias erróneas, y pedirle según una fórmula verbal establecida, que diga cual es en su opinión, la acertada. La evaluación de la prueba se hace mediante el puntaje obtenido convertido a un puntaje típico, este se convierte a percentil y luego el percentil a rango, de esta manera se califica con un índice ordinal la capacidad intelectual del sujeto.

A los sujetos alcohólicos también se les aplicó el siguientes cuestionario socioeconómico, con objeto de saber tanto sus datos generales, como antecedentes de alcoholismo u otras enfermedades entre sus familiares, economía, etc.

CUESTIONARIO SOCIOECONOMICO

I .- FICHA DE IDENTIFICACION.

- a).- Nombre _____
 b).- Dirección _____ Cuánto tiempo tiene de vivir ahí _____
 c).- Fecha de la aplicación de la prueba _____

II.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

- a).- PADRES: Si fueron alcohólicos _____ EPILEPTICOS _____
 Tuberculosos _____ Sifilíticos _____ Condición económica de los padres _____ Del sujeto _____ Relaciones interpersonales de este con sus padres _____ Antecedentes penales de estos _____
 b).- HERMANOS: Cuantos son _____ Que lugar ocupa entre ellos _____ Hubo alcohólicos entre sus hermanos _____ Antecedentes penales _____
 c).- A qué edad abandonó el hogar paterno _____ Porqué _____
 d).- Escolaridad _____ Relaciones interpersonales con maestros _____
 _____ Compañeros _____ Conducta en general (peleonero, sumiso callado, etc. _____

III.- TRABAJOS:

- a).- En qué ha trabajado _____
 Cuanto tiempo _____ Porqué abandonó los trabajos _____
 _____ Sueldo que ha tenido _____ Relaciones interpersonales con compañeros de trabajo y jefes _____
 _____ En que trabaja actualmente _____
 Cual es su sueldo _____ Qué otros ingresos tiene _____
 b).- FAMILIA: Esposa: Edad _____ Si trabaja _____ Cuanto tiempo llevan de casados _____ Cuantos hijos tienen _____ Edades de estos _____
 _____ Estudios y ocupaciones de los mismos _____
 Cuánto da a su familia _____ En que emplea lo demás _____
 _____ Religión de la familia _____
 c).- VIVIENDA: Donde vive (casa propia, alquilada, departamento o vecindad, cuan

- to paga _____ Cuantos cuartos ocupan _____
 _____ Con quién los comparte (aparte de la familia) _____
 d).- ALIMENTACION: Del sujeto y de la familia _____
 No. de comidas diarias _____ Alimentos _____
 e).- DIVERSIONES: En qué lugar ocupa su tiempo libre _____
 f).- OBSERVACIONES: _____

Las hipótesis son las siguientes:

Ho.- No existen diferencias significativas entre el grupo alcohólico y el grupo control.

H₁.- Si existen diferencias significativas entre el grupo alcohólico y el grupo control.

El propósito fundamental de esta investigación consiste en poder rechazar la hipótesis nula con un nivel de significancia de (.05).

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Edad.- La media para la edades del grupo alcohólico fue de 49.99 y la desviación estándar de 5.10, de acuerdo con los siguientes datos:

Edad.	(i = 3)	Frecuencia
24 - 26		1
27 - 29		1
30 - 32		5
33 - 35		2
36 - 38		5
39 - 41		4
42 - 44		6
45 - 47		1
48 - 50		1
51 - 53		2
54 - 56		1
57 - 59		0
60 - 62		1
TOTAL		30

(Gráfica 1)

La media para el grupo control fue de 38.98 y la desviación estándar de 2.85. Gráfica II.- La distribución es la siguiente.

Edad.	(i = 3)	Frecuencia
24 - 26		4
27 - 29		4
30 - 32		3
33 - 35		3
36 - 38		8

39 - 41 5
 42 - 44 3

Por lo que se refiere a su estado civil se encontraron los siguientes resultados (Gráficas III y IV).

GRUPO ALCOHOLICO		GRUPO CONTROL	
Solteros	7	Solteros	13
Casados	17	Casados	16
Viudos	2	Viudos	0
Divorciados	1	Divorciados	0
U. Libre	<u>3</u>	U. Libre	<u>1</u>
TOTAL	30	TOTAL	30

Respecto a la escolaridad, la distribución es de la siguiente manera para los dos grupos, puesto que fue una de las variables controladas (Gráfica V) .

ESCOLARIDAD	Grupo A	Grupo C
Ninguna	6	6
1o. Primaria	1	1
2o. Primaria	2	2
3o. Primaria	4	4
4o. Primaria	5	5
5o. Primaria	1	1
6o. Primaria	9	9
1o. Secundaria	0	0
2o. Secundaria	<u>2</u>	<u>2</u>
TOTAL	30	30

Por lo que se refiere a las ocupaciones, se encontraron las siguientes para el grupo alcohólico: (Gráfica VI).

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zapateros	7	23.3
Obreros	4	13.3
Panaderos	3	10.0
Comerciantes	3	10.0
Barnizadores	2	6.6
Mecánicos	2	6.6
Emp. Almacén	1	3.3
Peluquero	1	3.3
Platero	1	3.3
Velador	1	3.3
Tablajero	1	3.3
Jornalero	1	3.3
Ebanista	1	3.3
Insp. Mercados	1	3.3
Campesino	1	3.3

Ocupaciones Grupo Control:

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obreros	5	16.6
Empleados particulares	5	16.6
Comerciantes	3	10.0
Empleados Federales	2	6.6
Choferes	2	6.6
Albañiles	2	6.6
Pintores casas	2	6.6
Plomeros	2	6.6
Mecánico	1	3.3
Tapicero	1	3.3
Estibador	1	3.3
Fotógrafo	1	3.3
Decorador	1	3.3
Ebanista	1	3.3
Cortador R.	1	3.3
TOTAL	30	

Inteligencia.- Para determinar la inteligencia de los sujetos de estudio, se aplicó el Test de Matrices Progresivas de Raven, obteniéndose los siguientes resultados. La media para el grupo alcohólico fue de 6.86 y la sigma de 1.78 (Gráfica V I I I).

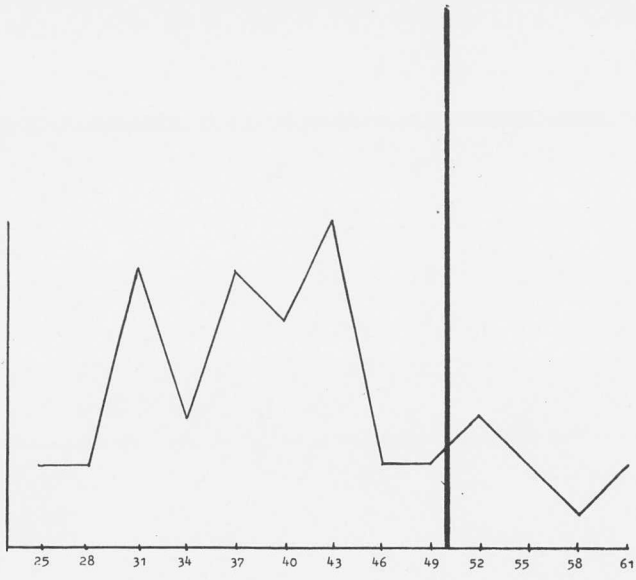
La media para el grupo control fue de 6.33 y la sigma de 2.54 (Gráfica I X).

DISTRIBUCIONES

Rango	Grupo A	Grupo C
1. I	0	2
2. II +	1	2
3. II	1	2
4. III +	0	1
5. III	5	2
6. III -	4	3
7. IV +	8	5
8. IV	4	6
9. V	7	7
TOTAL	30	30

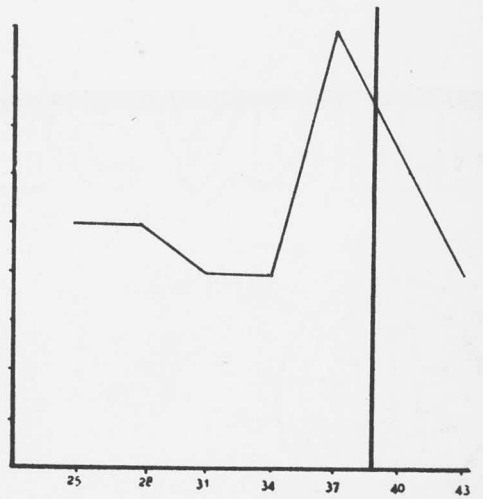
EDAD GRUPO ALCOHOLICO

GRAFICA 1



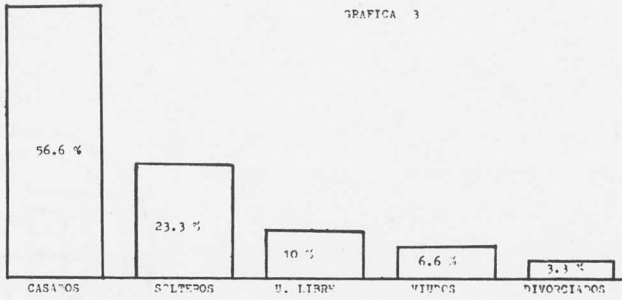
EDAD GRUPO CONTROL

GRAFICA 2



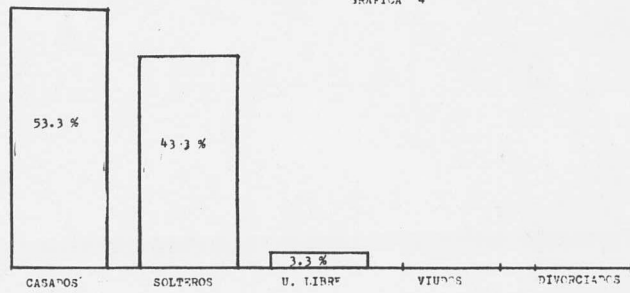
ESTADO CIVIL GRUPO ALCOHOLICO

GRAFICA 3



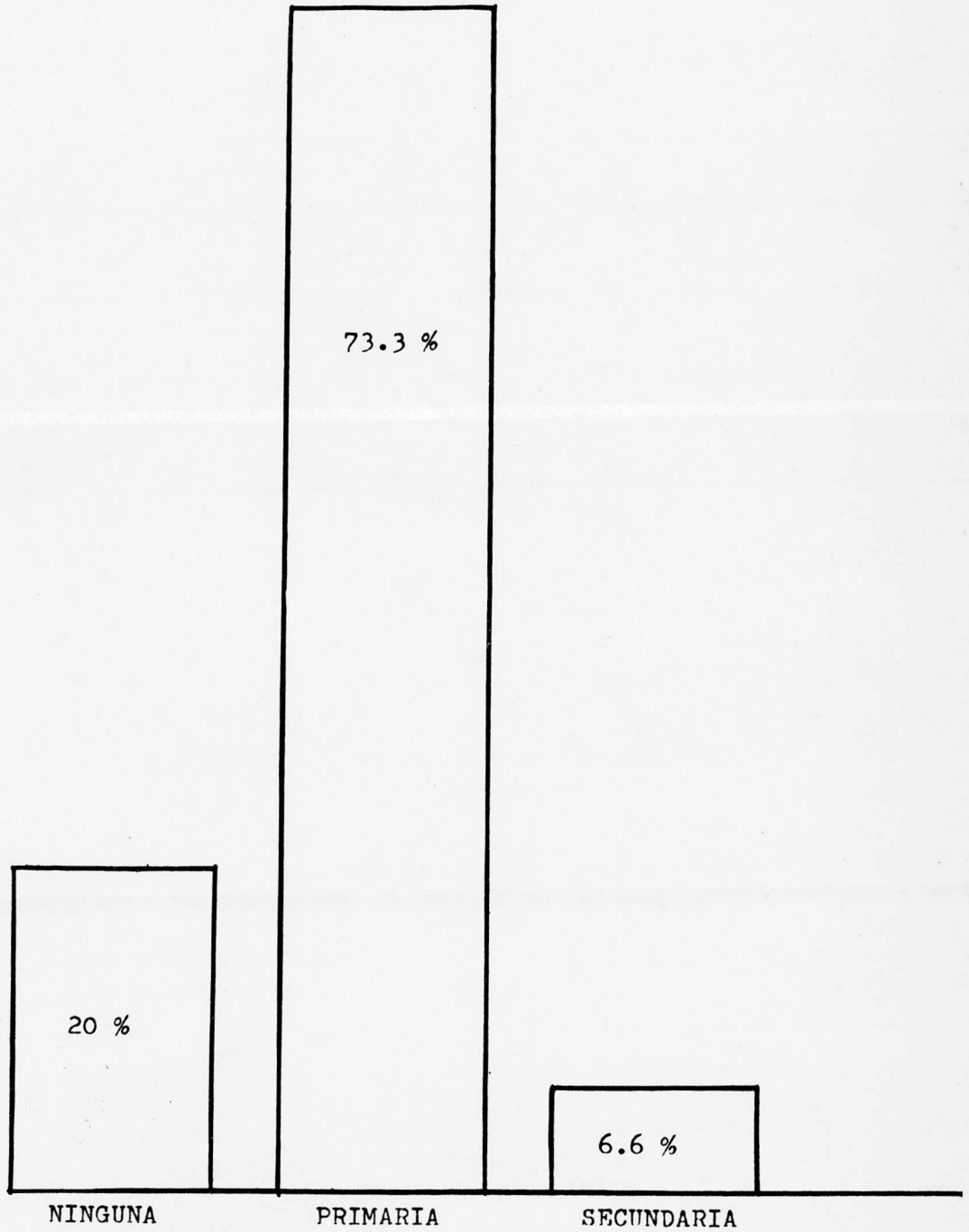
ESTADO CIVIL GRUPO CONTROL

GRAFICA 4

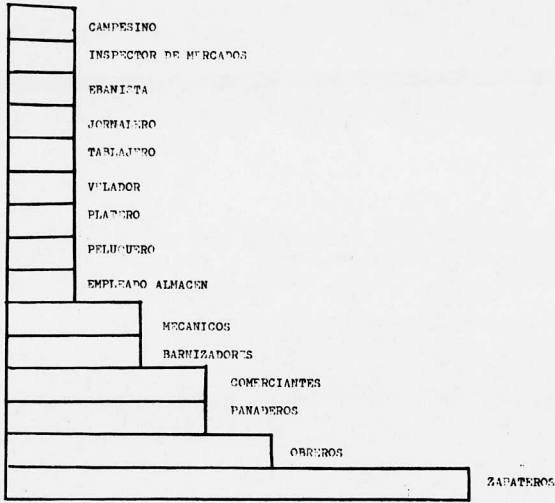


ESCOLARIDAD DE LOS 2 GRUPOS

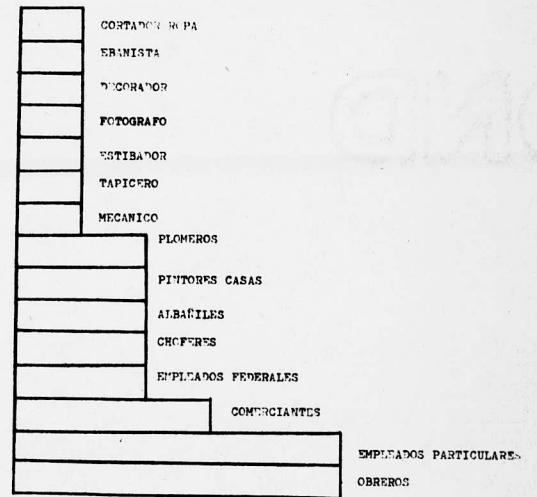
GRAFICA 5



GRAFICA 6

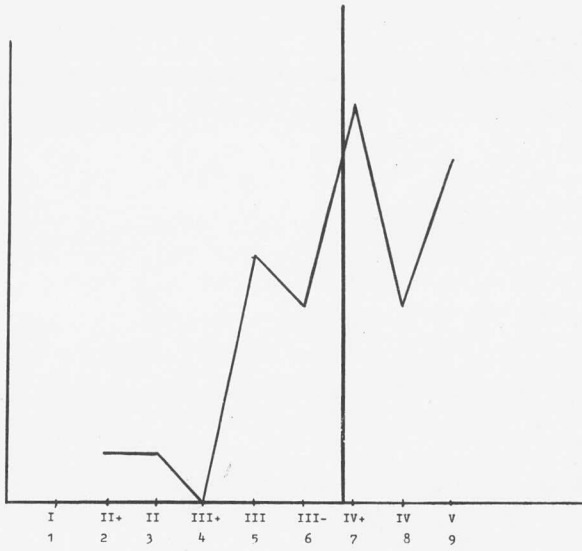


GRAFICA 7



TEST DE RAVEN GRUPO A COMPLETO

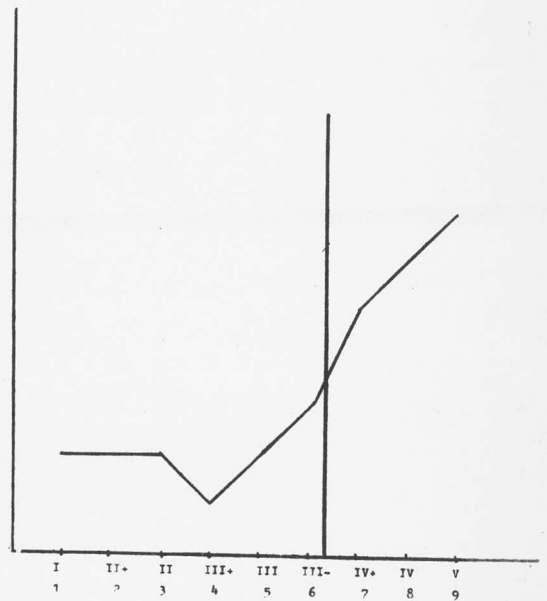
GRAFICA 8



MDIA 6.86
SIGMA 1.78

TEST DE RAVEN GRUPO CONTROL

GRAFICA 9



MDIA 6.13
SIGMA 2.54

Todos los sujetos que se emplearon para el grupo control, se pueden considerar sujetos no alcohólicos, si se toma en cuenta que para esta diferenciación se utilizó el criterio de alcohólico siguiente: " Los alcohólicos son aquellas personas que beben con exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un disturbio mental evidente o de interferir con su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y una buena conducta social económica; y que por lo tanto requieren tratamiento " (46).

La mayoría de los sujetos fueron personas que trabajan y asisten con regularidad a la escuela primaria y secundaria. Todo aquel que mostró signos de patología en cualquier aspecto fue eliminado de la muestra. En general, de todos los sujetos se obtuvo la máxima cooperación.

PROCEDIMIENTO.

Por espacio de 8 meses se examinó alrededor de 110 sujetos alcohólicos del Distrito Sanitario No. 5 de la S.S.A. en el D. F. De esta población se seleccionaron 30 sujetos para la muestra, por tener su expediente completo, ya que por su inconstancia, debido al gran número de recaídas que presentan estos enfermos, la mayoría no llegó a completar su expediente. Se aplicaron las pruebas de Rorschach y de Raven más un cuestionario socioeconómico. Los sujetos que caen dentro de la clasificación de dipsómanos, quedaron eliminados automáticamente de la muestra.

Todas las pruebas fueron aplicadas por la tarde de 5 a 8 y en el mismo local, posteriormente calificadas por la misma persona.

Para el grupo control, se aplicaron las mismas pruebas a 30 sujetos de sexo masculino, controlando la edad y la escolaridad. Las pruebas fueron aplicadas de 6 a 9 de la noche, en diversas escuelas del D.F., siempre en un local solo, la evaluación fue hecha por la misma persona en todos los casos.

METODO ESTADISTICO.

Una vez reunido el material de todos los sujetos, se calificaron las pruebas individualmente.

Se investigaron 21 índices del Psicodiagnóstico de Rorschach, los cuales formulan B. Klopfer y colaboradores.

Los índices son los siguientes:

- 1.- No. de R = Total del No. de Respuestas.
- 2.- A% = $\frac{A + Ad}{R} 100$
- 3.- Suma C = $\frac{FC + 2CF + 3C}{R} 100$
- 4.- VIII + IX + X = $\frac{(VIII + IX + X)}{R} 100$

- 5.- W = Total del Número de W
- 6.- M = Total del Número de M
- 7.- FM = Total del Número de FM
- 8.- $FC \pm CF + C$ = Total del número de $FC + CF + C$
- 9.- FC = Total del número de FC
- 10.- $F\%$ = $\frac{F}{R} 100$
- 11.- $FK + F + Fc$ = Total del número de $FK + F + Fc$
- 12.- $H + A$ = Total del número de $H + A$
- 13.- $Hd + Ad$ = Total del número de $Hd + Ad$
- 14.- $FK + Fc$ = Total del número de $FK + Fc$
- 15.- $Fc + cF + c + FC' + C' + F + C'$ = Total del número de $Fc + cF + c + FC' + C' F + C'$
- 16.- $FM + m$ = Total del número de $FM + m$
- 17.- $Fc + c + C'$ = Total del número de $Fc + c + C'$
- 18.- $FC + CF + C$ = Total del número de $FC + CF + C$
- 19.- $FK + Fk + Fc$ = Total del número de $FK + Fk + Fc$
- 20.- $K + KF + k + kF + c + cF$ = Total del número de $K + KF + k + kF + c + cF$
- 21.- Respuestas Populares. = Al total del número de Respuestas Populares.

De cada uno de los índices se obtuvo la media y la sigma para los 2 grupos. A continuación se muestra la tabla para las medias y sigmas de los índices investigados.

TABLA DE MEDIAS Y SIGMAS

INDICES		MEDIA	SIGMA
No. de R	GRUPO A	30.20	12.24
	GRUPO C	32.30	4.17
A %	GRUPO A	67.65	14.80
	GRUPO C	50.00	9.50
Suma C	GRUPO A	.60	2.24

	GRUPO C	.60	3.16
VII + IX + X	GRUPO A	40.30	8.70
	GRUPO C	52.15	7.00
W	GRUPO A	4.73	2.61
	GRUPO C	5.20	3.16
M	GRUPO A	.60	.34
	GRUPO C	1.20	.34
FM	GRUPO A	1.10	1.76
	GRUPO C	3.10	1.98
Fc + cF + c	GRUPO A	.20	.44
	GRUPO C	.33	.77
FC	GRUPO A	.56	1.18
	GRUPO C	.96	2.12
F%	GRUPO A	87.65	8.25
	GRUPO C	71.30	12.00
FK + F + Fc	GRUPO A	90.30	8.80
	GRUPO C	73.30	11.70
H + A	GRUPO A	14.29	2.76
	GRUPO C	15.59	3.06
Hd + Ad	GRUPO A	.60	1.45
	GRUPO C	.93	1.34
FK + Fc	GRUPO A	.30	.74
	GRUPO C	.53	1.14
Fc + cF + FC' + C'F + C'	GRUPO A	.33	.67
	GRUPO C	.43	.87
FM + m	GRUPO A	1.76	2.30
	GRUPO C	3.46	1.97
Fc + c + C'	GRUPO A	.20	.44
	GRUPO C	.26	.72
FC + CF + C	GRUPO A	.70	1.68
	GRUPO C	.33	.77
FK + Fk + Fc	GRUPO A	.23	.70
	GRUPO C	.90	1.91
K + KF + kF + c + cF	GRUPO A	.13	.36
	GRUPO C	.46	.85
Respuestas Populares	GRUPO A	3.33	1.45
	GRUPO C	3.60	1.12

Con el propósito de poder rechazar la hipótesis nula a un nivel de significancia de .05, se realizó una "Student's T Distribution", cuya fórmula es la siguiente:

$$T = \frac{(\bar{X} - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{N_x S_x^2 + N_y S_y^2}{N_x + N_y - 2}}}$$

Donde:

\bar{X}	es la media de una variable dada
\bar{Y}	es la media de una variable control
N_x	es el número de casos de una variable dada
N_y	es el número de casos de una variable control
S_x^2	es la varianza de una variable dada
S_y^2	es la varianza de una variable control

Este "Student's T Distribution" permite evaluar las desviaciones expresadas en términos de errores estándar.

La regla de decisión es la siguiente: para un nivel de significancia de .05, si $T < T.05$ para ($N_x + N_y - 2$) grados de libertad, se acepta H_0 . si $T > T.05$, se rechaza la hipótesis nula.

RESULTADOS OBTENIDOS

INDICES	T	Nivel de Significancia	Resultado
No. de R	-.589916	.01	No Significativo
A%	5.309244	.01	Significativo
Suma C	.088487	.01	No Significativo
VII + IX + X	-5.604202	.01	Significativo
W	.589916	.01	No Significativo
M	-6.784034	.01	Significativo
FM	-3.834454	.01	Significativo
$F_c + cF + c$	-.589916	.01	No Significativo
FC	-.884874	.01	No Significativo
F%	5.899160	.01	Significativo
$FK + F + F_c$	7.373950	.01	Significativo
H + A	-1.474790	.01	No Significativo
Hd + Ad	-.884874	.01	No Significativo
$F_c + cF + c + FC' + C'F + C'$	-.294958	.01	No Significativo
$FM + m$	-2.949580	.01	Significativo
$F_c + c + C'$	-.294958	.01	No Significativo
$FC + CF + C$	.884874	.01	No Significativo
$FK + F_k + F_c$	-1.769748	.01	No Significativo
$K + KF + k + kF + c + cF$	-1.769748	.01	No Significativo
Respuestas Populares	-.589916	.01	No Significativo

D I S C U S I O N

En esta parte se pretende explicar e interpretar los índices que resultaron significativos por medio de la "Student's T Distribution". Para lo cual se ha utilizado el análisis cuantitativo de B. Klopfer, y para cimentar de esta manera los datos de una base teórica.

Las interpretaciones que aquí se hagan acerca de los índices significativos no pretenden constituir reglas de fé, pues obviamente el experimento ha de adolecer de algunos defectos, es por eso que todas las aportaciones en favor de este trabajo serán bien recibidas.

Tomando en cuenta las hipótesis de Klopfer, A% se asocia con baja capacidad intelectual, sobre el 50%, también indica intereses estrechos y estereotipados; en este caso se confirma la hipótesis de que el grupo alcohólico es de intereses más estereotipados que el grupo control, aunque este último conserva en el límite con una media de 50.00, el grupo alcohólico tiene una media de 67.65 y mientras que el grupo alcohólico tiene un rango, promedia de Muy inferior al Término Medio, el grupo control la tiene de Término Medio Inferior.

El porcentaje de las respuestas a las láminas VIII, IX y X, indicaría una respuesta general a los estímulos emocionales del medio ambiente, lo que hace suponer que el grupo control responde mucho más al impacto de sus relaciones interpersonales que el grupo experimental, esto último se podría atribuir a la descarga ficticia que le proporciona el alcohol al grupo experimental.

Por otra parte al revisar los porcentajes de No. de M, se encuentra una diferencia significativa entre los dos grupos, según las hipótesis de Klopfer, se espera que haya, en gentes normales, por lo menor 3 M; en el grupo control, la hipótesis no se cumple, pero el número de M es significativamente mayor en éste que en el grupo experimental, lo cual vendría a significar, que la escala de valores, los procesos secundarios del pensamiento en el grupo control son mucho mejores, lo que se reafirma cuando se considera que la mayoría de los sujetos constituyentes del grupo control son gente que a la edad promedio de 39, han reanudado sus estudios primarios y secundarios, esto constituye un índice de superación si se toma en cuenta también que además trabajan para mantener a sus familias.

Los índices F_m y $F_m + m$ también resultaron significativos, la hipótesis en este caso es que FM representa un reconocimiento acentuado de los impulsos instintivos, en contraste con metas más elevadas, representadas por las respuestas M, , o sea que en este caso existe más reconocimiento a las necesidades instintivas en el grupo control que en alcohólico.

F% representa un tipo de percepción limitado y empobrecido sin matices emocionales implicados por los elementos de color y sombreado, se interpreta como que existe una constricción generalizada en el grupo alcohólico, pues todas las energías las utiliza como contraccatexias para impedir que se rompan las represiones.

El índice $FK + F + F_c$, cuando excede al 75% supone una constricción neurótica, esto vendría a ser otra indicación del mayor grado de constricción existente en el grupo alcohólico, ya que el porcentaje del grupo control también excede el 75%.

Estos son en general los índices que resultaron significativos en la investigación realizada, como antes se ha mencionado, las interpretaciones no se pueden afirmar categóricamente, puesto que para ello sería necesario ampliar el experimento y volver a realizarlo con un número de variables controladas, mayor que las utilizadas en este estudio y con una población más grande o con una muestra representativa del alcohólico mexicano, ya que la finalidad de todo estudio científico es poder aplicar los conocimientos adquiridos a la técnica y sólo de esta manera se podría lograr algo para mejorar la situación del alcoholismo en nuestro país, sirva pues este trabajo como una pequeña aportación a la investigación posterior en el campo del -

alcoholismo, en uno de sus aspectos, el psicológico, que no por ser uno de los más mencionados es el principal, pues existen otros como el económico, político, etc., que tendrían que comprenderse para llegar a una conclusión general y válida.

C O N C L U S I O N E S

Las conclusiones resultantes de la investigación realizada son las siguientes:

- 1.- Los dos grupos difieren significativamente en siete índices de los 21 que — que fueron estudiados.
- 2.- Se confirman las suposiciones de que el grupo alcohólico tiene más baja — capacidad intelectual, intereses estrechos y estereotipados, poco reconoci— miento de las necesidades instintivas, y un grado acentuado de constricti— ción neurótica, que el grupo control.
- 3.- Tomando en cuenta que mientras el grupo control lo constituyen sujetos que — están estudiando, y el grupo alcohólico nó, sería ideal que el estudio pu— diera realizarse y ampliarse nuevamente, en este caso controlando la va— riable escolaridad más acertadamente.

A P E N D I C E

RESULTADOS OBTENIDOS EN 109 ALCOHOLICOS DEL DISTRITO SANITARIO No.5 DE LA S.S.A. DEL DISTRITO FEDERAL

Los siguientes resultados son producto de la información proporcionada por los sujetos de la investigación en sus entrevistas y estudios socioeconómicos.

Dentro de estos 109 sujetos están incluidos los treinta del grupo alcohólico utilizados para la presente tesis, los otros 79 no lograron completar su expediente con las pruebas necesarias debido a su inconstancia por el gran número de recaídas que suelen presentar esta clase de enfermos, pero los datos proporcionados por la entrevista y estudio socioeconómico son de sumo interés. Lo mismo sucede con el rango intelectual, pero respecto a éste, sólo 63 hicieron la prueba correspondiente.

Las estadísticas y gráficas corresponden a la edad, estado civil, ocupación, escolaridad, edad en la que empezó a tomar, que toma actualmente, frecuencia de sus ciclos alcohólicos, duración de los mismos, calidad de la alimentación infantil, calidad de la alimentación actual, horas de sueño, si ha tenido alucinaciones auditivas, visuales; celos, número de amantes que dice tener o haber tenido, si está satisfecho sexualmente, y los resultados obtenidos en el test de Matrices Progresivas de Raven. No todas las gráficas corresponden a los 109 sujetos.

EDAD.- (Gráfica I). La edad está comprendida entre 20 y 65 años, siendo la edad promedio de 36 años como se puede apreciar en la gráfica correspondiente.

EDAD	No. DE SUJETOS
Entre 20 y 25 años	23
Entre 26 y 30 años	11
Entre 31 y 35 años	21
Entre 36 y 40 años	30
Entre 41 y 45 años	18
Entre 46 y 50 años	13
Entre 51 y 55 años	7
Entre 56 y 60 años	5
Entre 61 y 65 años	2

ESTADO CIVIL.- (Gráfica II). El mayor número de casos son casados, pero cerca de la mitad no vive con su familia a causa de su enfermedad alcohólica.

ESTADO CIVIL	No. DE SUJETOS
Solteros	24
Casados	65

Viudos	6
Divorciados	9
Unión libre	5

OCUPACION.- (Gráfica III). Como se puede observar enseguida, las -- ocupaciones de los sujetos que acuden al Distrito Sanitario No. 5, son variadas, siendo en es te caso particular la ocupación de zapatero la más frecuente.

OCUPACION	No. DE SUJETOS
Zapateros	23
Comerciantes	18
Empleados	10
Ebanistas	6
Choferes	6
Panaderos	5
Filarmónicos	5
Talabarteros	4
Sastres	4
Obreros	4
Carpinteros	3
Mecánicos	3
Peluqueros	2
Joyeros	2
Meseros	2
Carniceros	2
Albañiles	2
Agentes de Ventas	2
Electricista	1
Campeño	1
Ingeniero	1
Profesor	1
Soldador	1
Velador	1

EDAD A LA EMPEZO A TOMAR.- (Gráfica IV). La edad promedio a la -- que empezó a tomar el alcohólico del Distrito Sanitario No. 5 es de 15 años.

AÑOS QUE LLEVA DE TOMAR.- (Gráfica V). El promedio de años fue de -- 22.5 .

QUE EMPEZO A TOMAR.- (Gráfica VI).

BEBIDA	No. DE SUJETOS QUE LA TOMAN
Cerveza	40
Pulque	21
Tequila	14
Ron	16
Mezcal	8

Gognac	2
Aguardiente	2
Alcohol	2
De todo	2
Anís	1
Jeréz	1

QUE TOMA ACTUALMENTE.- (Gráfica V I I). En este caso, los sujetos anotados como bebedores de alcohol, lo toman con los más variados alimentos; con limonada, con atole, café, té de hojas, e incluso uno dijo tomarlo con caldo de pollo.

BEBIDA	No. DE SUJETOS
Alcohol	60
Ron	15
Pulque	13
Tequila	11
De todo	8
Cerveza	2

FRECUENCIA DE LOS CICLOS ALCOHOLICOS.- (Gráfica V I I I). Es interesante hacer notar que a los sujetos que se pueden catalogar como dipsómanos por su manera cíclica de beber, se les aplicó además la prueba de Bender aparte de haberse interpretado por medio del Psicodiagnóstico de Rorschach el Síndrome de Piotrowsky para poder detectar organicidad en los casos que la hubiere. De los trece casos, sólo dos tienen muestras claras de organicidad de acuerdo con sus pruebas, en los demás los resultados no son concluyentes.

TIEMPO	No. DE SUJETOS
Diario	64
Algunos días	10
Un mes aproximadamente	11
Dos meses aproximadamente	4
Tres meses aproximadamente	4
Cuatro meses aproximadamente	3
Cinco meses aproximadamente	1
Seis meses aproximadamente	1
Un año aproximadamente	4
Dos años aproximadamente	4

DURACION DE LOS CICLOS ALCOHOLICOS.- (Gráfica I X).

TIEMPO	No. DE SUJETOS
Días	14
Semanas	21
Un mes	13
Dos meses	5
Tres meses	9
Cuatro meses	4
Cinco meses	3

Seis meses	7
Un año	4
Dos años	3
Tres años	1
Cuatro años	1
Cinco años	3
Más de cinco años	18

ALIMENTACION INFANTIL.- (Gráfica X).

ALIMENTACION	No. DE SUJETOS
Buena	34
Regular	38
Mala	34
Deficiente	3

ALIMENTACION ACTUAL.- (Gráfica XI).

ALIMENTACION	No. DE SUJETOS
Buena	18
Regular	50
Mala	30
Deficiente	11

HORAS DE SUEÑO.- (Gráfica X II). Por lo que se refiere a este dato, se encontró que los alcohólicos del presente estudio duermen un promedio de siete horas.

ALUCINACIONES AUDITIVAS.- (Gráfica X III).

No. de sujetos que dijeron haber tenido alucinaciones
auditivas durante algunos de sus períodos alcohólicos 41

Sujetos que dijeron no haber tenido alucinaciones
auditivas..... 68

ALUCINACIONES VISUALES.- (Gráfica X IV).

No. de sujetos que dijeron haber tenido alucinaciones
visuales durante alguno de sus períodos alcohólicos 51

Sujetos que dijeron no haber tenido alucinaciones
visuales 58

CELOS.- (Gráfica X V). En la entrevista se le preguntó a cada uno de los -
sujetos si eran celosos con respecto a sus esposas.

Contestaron con sí	50
Contestaron con nó	59

SATISFACCION SEXUAL.- (Gráfica X V I). Otra de las preguntas iba encaminada a indagar si estaba satisfecho sexualmente.

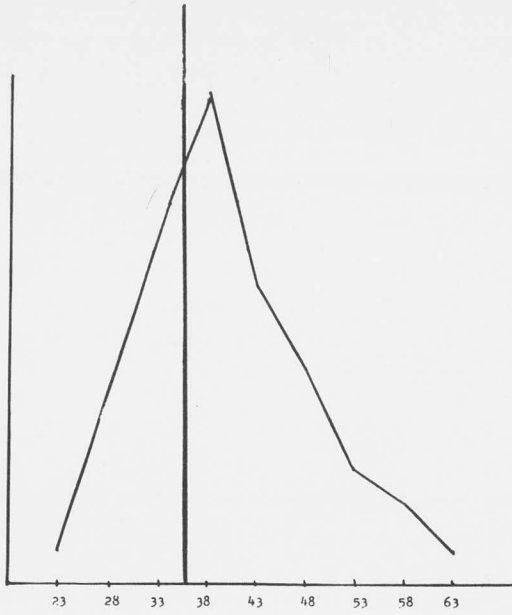
Contestaron con sí	84
Contestaron con nó	25

No. DE AMANTES.- (Gráfica X V I I). También se les preguntó cuantas -- amantes tenían o habían tenido. El número promedio de amantes que dice haber tenido o tiene el alcohólico del Distrito Sanitario No. 5 es de nueve. Este dato es significativo, ya que afectando el alcohol las glándulas sexuales, la mayoría de estos enfermos son impotentes, y frente a estos datos sólo se puede concluir que, tratando de negar su impotencia miente consciente o inconscientemente como una defensa para el concepto que tiene de su hombría.

INTELIGENCIA.- (Gráfica X V I I I). La inteligencia se detectó por medio de la prueba de Matrices Progresivas de Raven, se encontró que la media cae en el Rango IV+ lo que equivale al diagnóstico de Inferior al Término Medio.

GRAFICA I

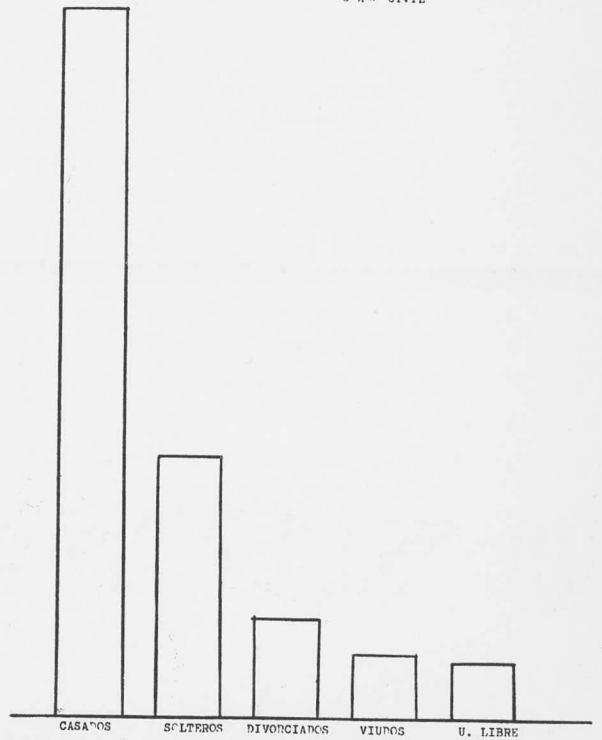
EDAD

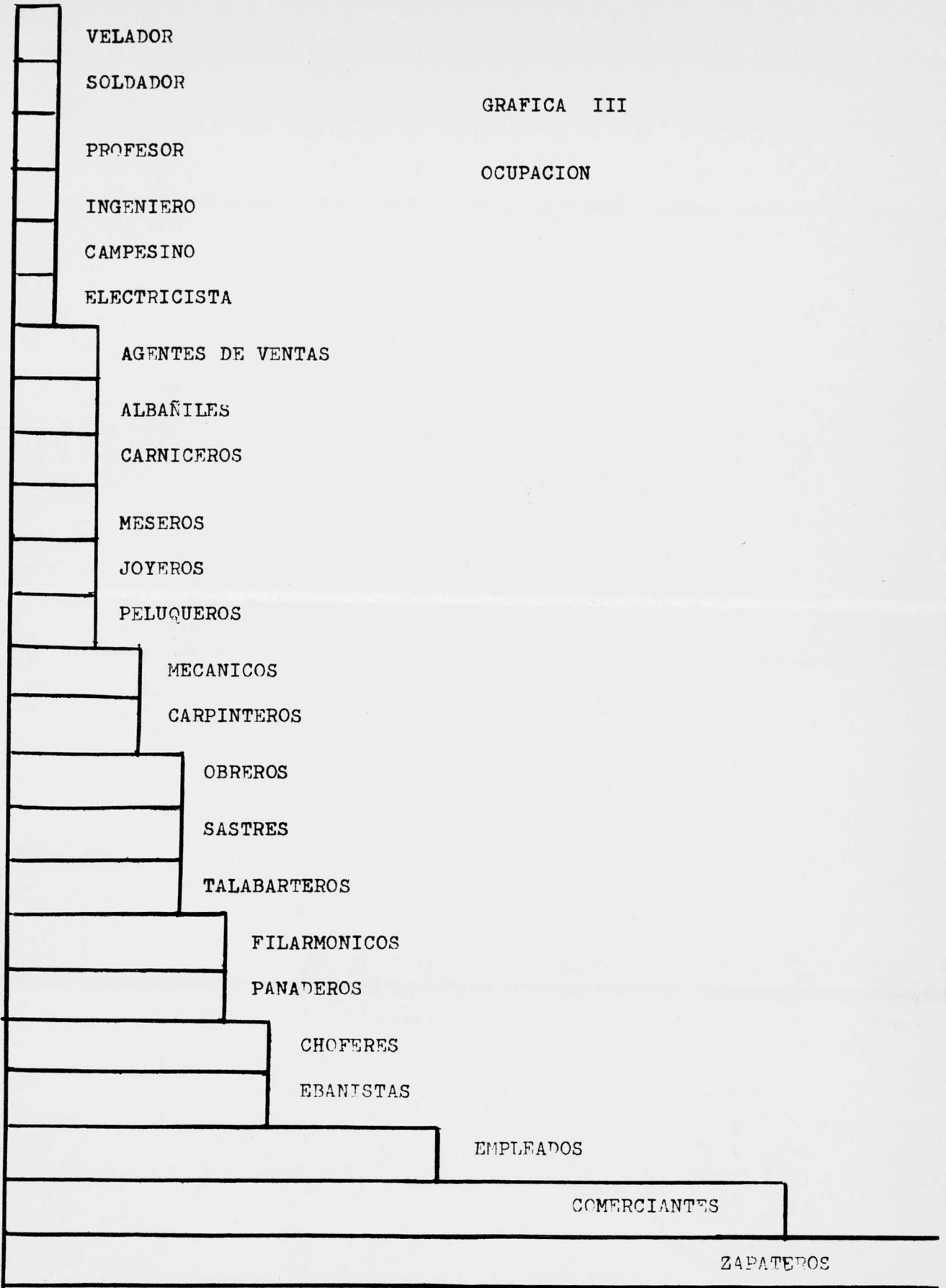


EDAD PROMEDIO 36 Años.

GRAFICA II

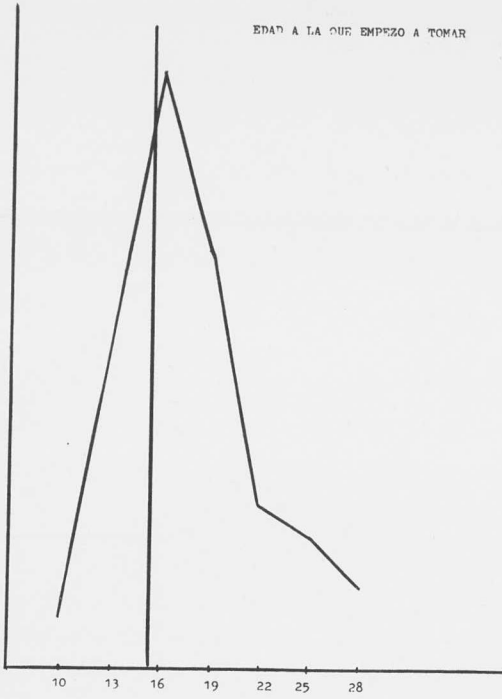
ESTADO CIVIL





GRAFICA IV

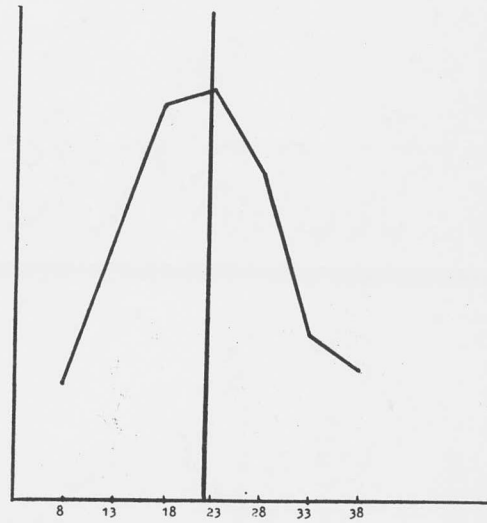
EDAD A LA QUE EMPEZO A TOMAR



EDAD PROMEDIO A LA QUE EMPEZO A TOMAR: 15 AÑOS.

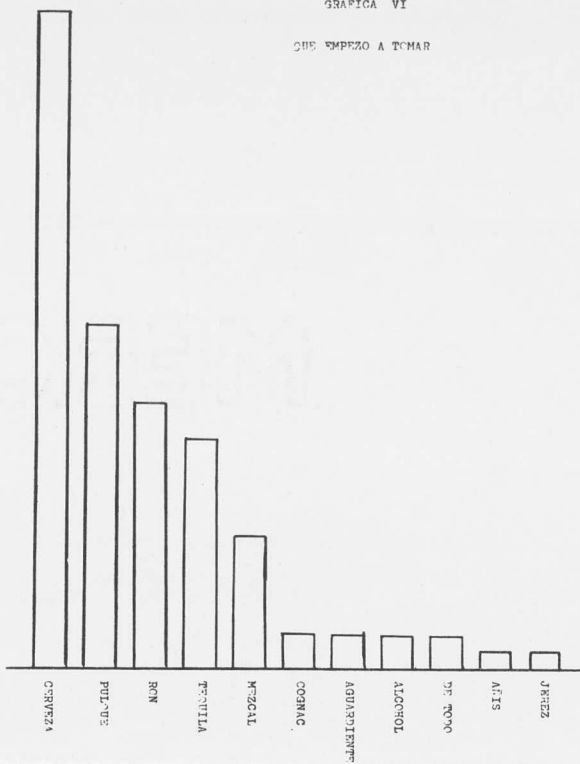
GRAFICA V

AÑOS QUE LLEVA DE TOMAR

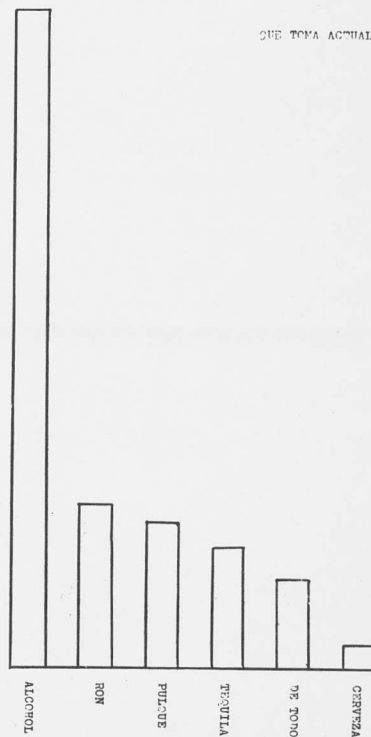


AÑOS PROMEDIO QUE LLEVA DE TOMAR: 22 AÑOS.

GRAFICA VI
QUE EMPEZO A TOMAR

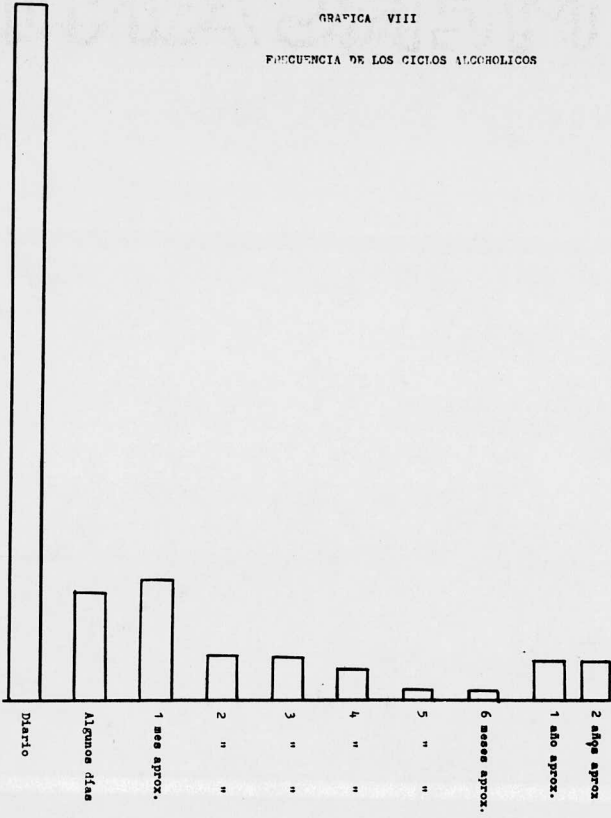


GRAFICA VII
QUE TOMA ACTUALMENTE



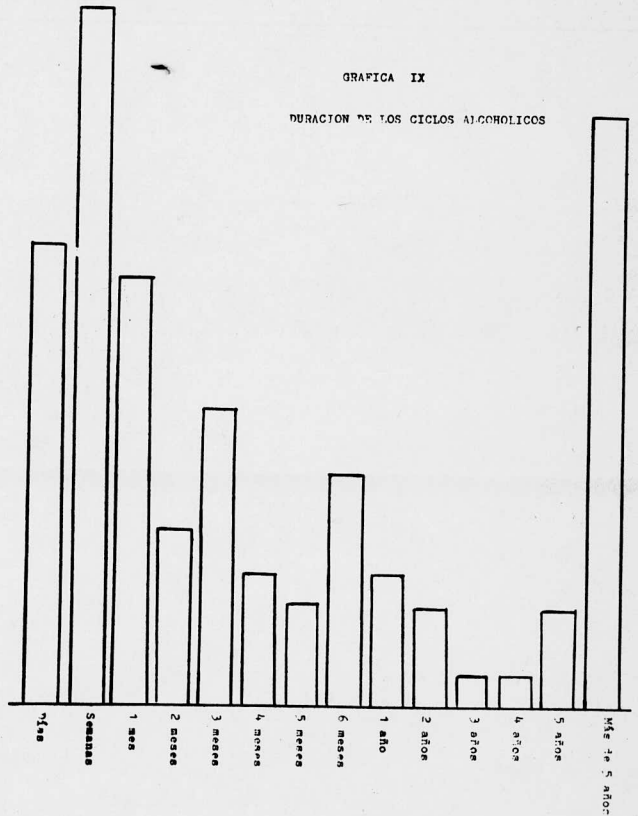
GRAFICA VIII

FRECUENCIA DE LOS CICLOS ALCOHOLICOS



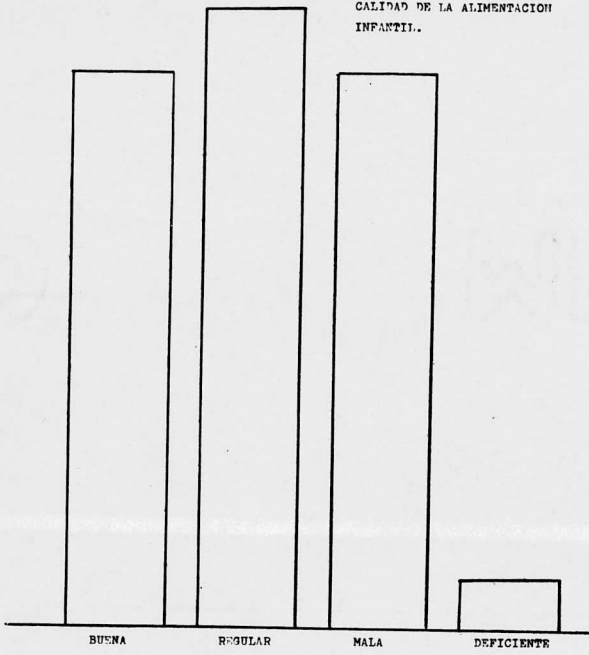
GRAFICA IX

DURACION DE LOS CICLOS ALCOHOLICOS



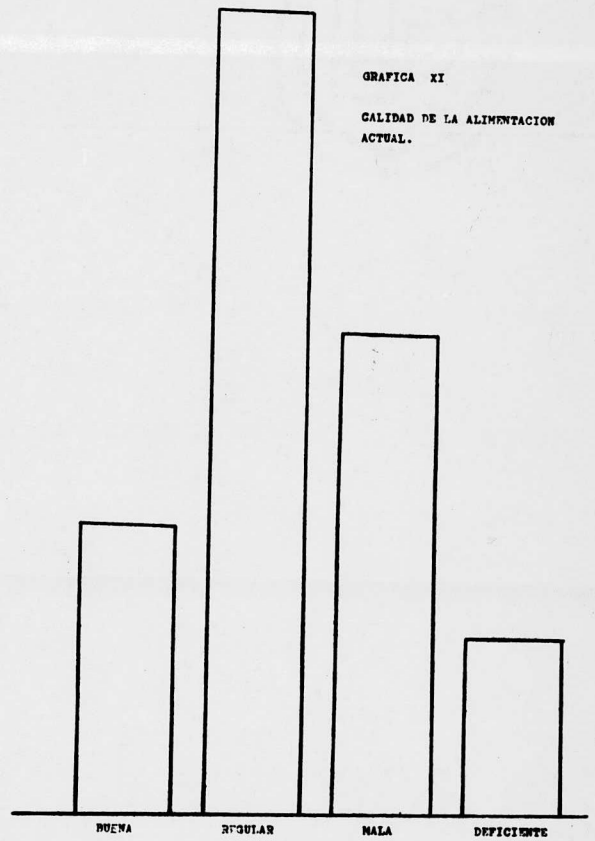
GRAFICA X

CALIDAD DE LA ALIMENTACION
INFANTIL.



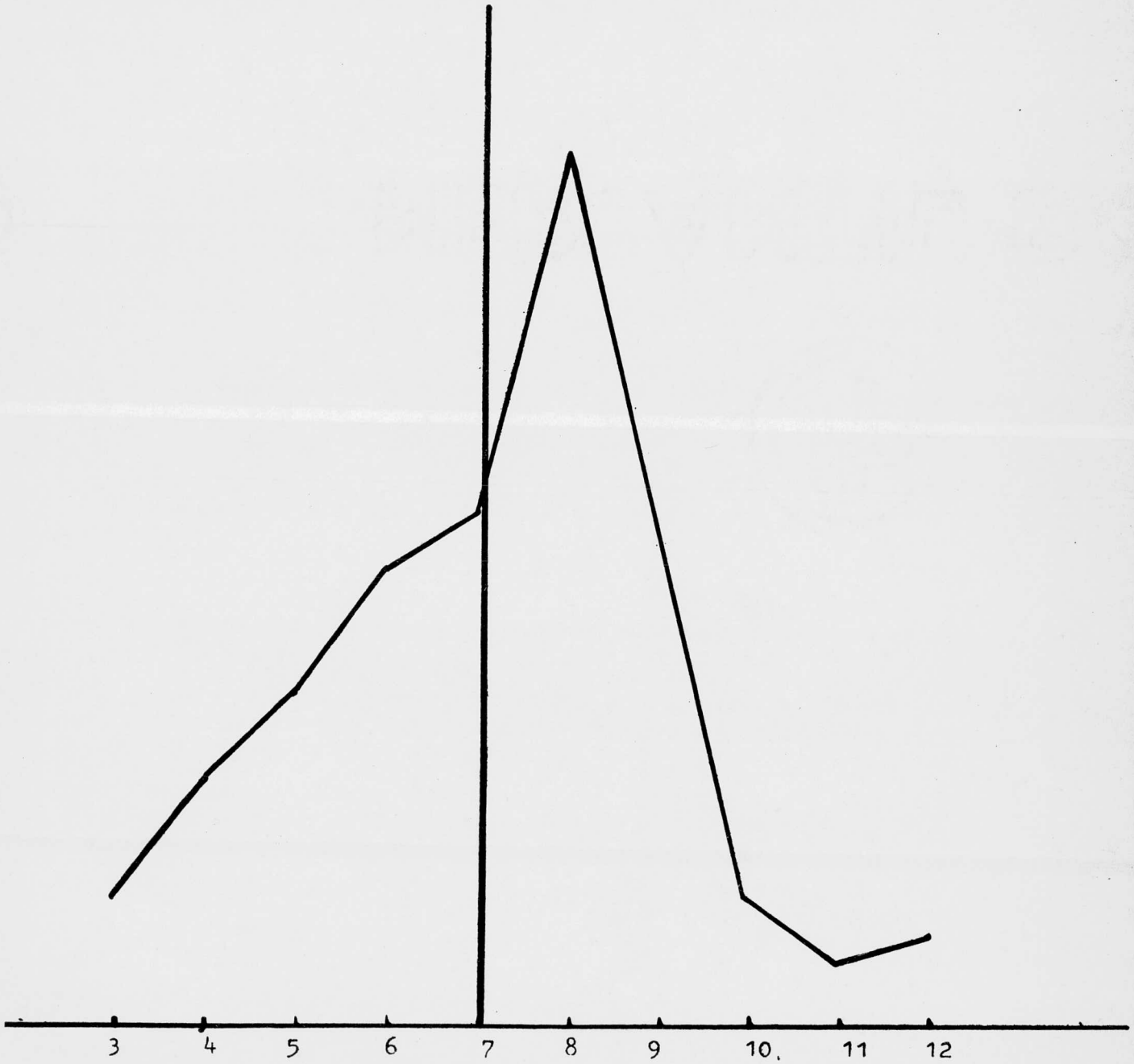
GRAFICA XI

CALIDAD DE LA ALIMENTACION
ACTUAL.



GRAFICA XII

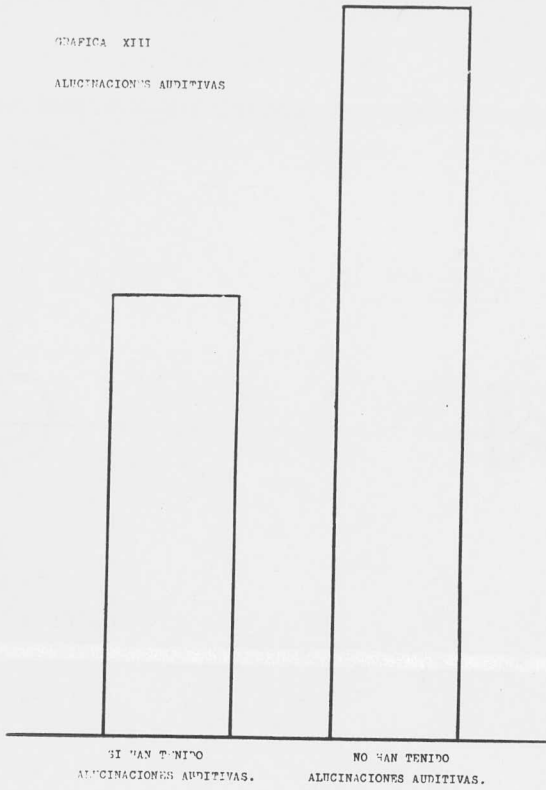
HORAS DE SUEÑO



HORAS PROMEDIO DE SUEÑO: 7 HORAS.

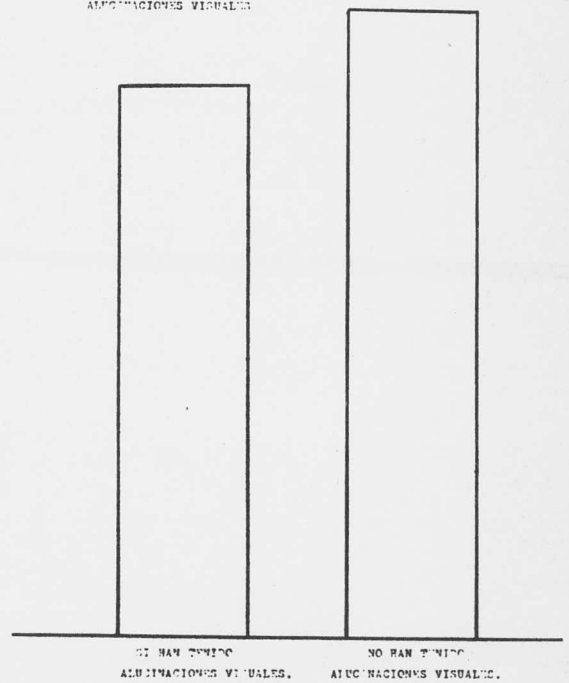
GRAFICA XIII

ALUCINACIONES AUDITIVAS



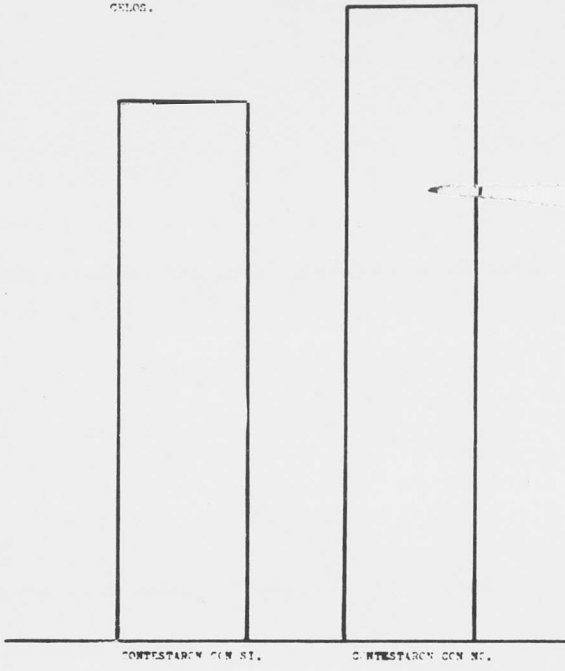
GRAFICA XIV

ALUCINACIONES VISUALES



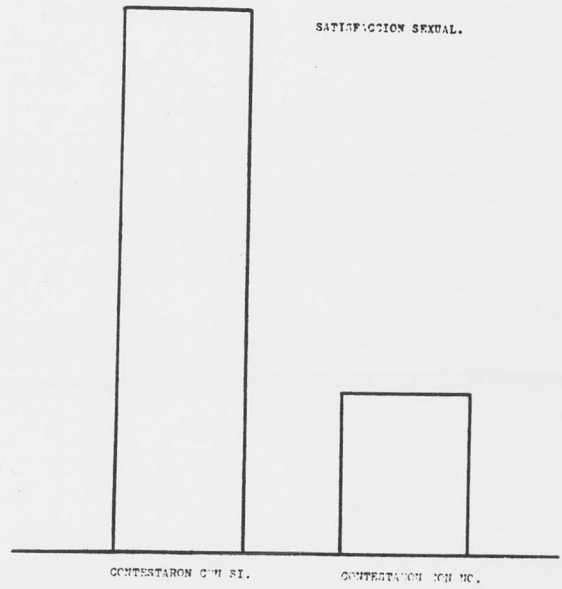
GRAFICA XV

CELOS.



GRAFICA XVI

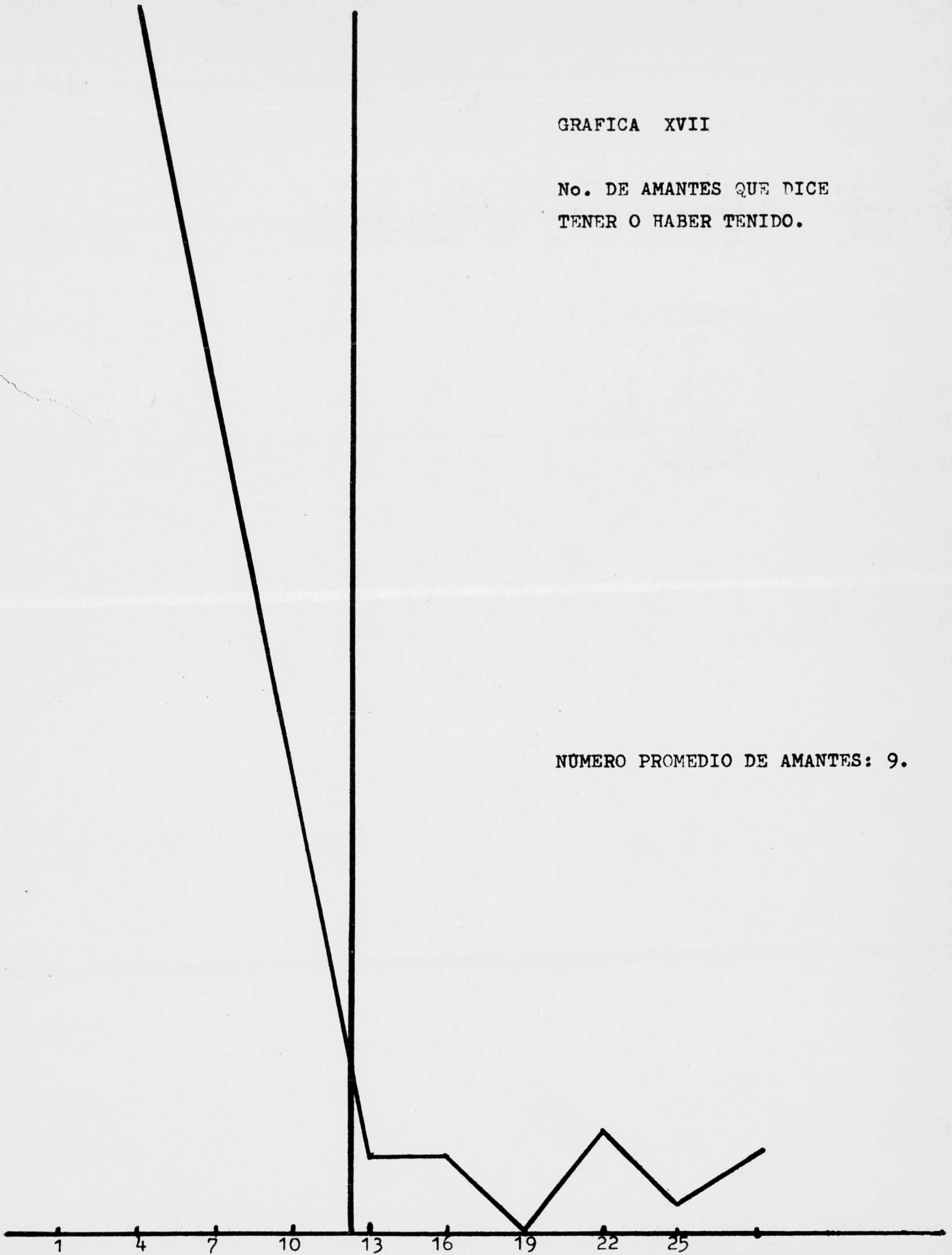
SATISFACCION SEXUAL.



GRAFICA XVII

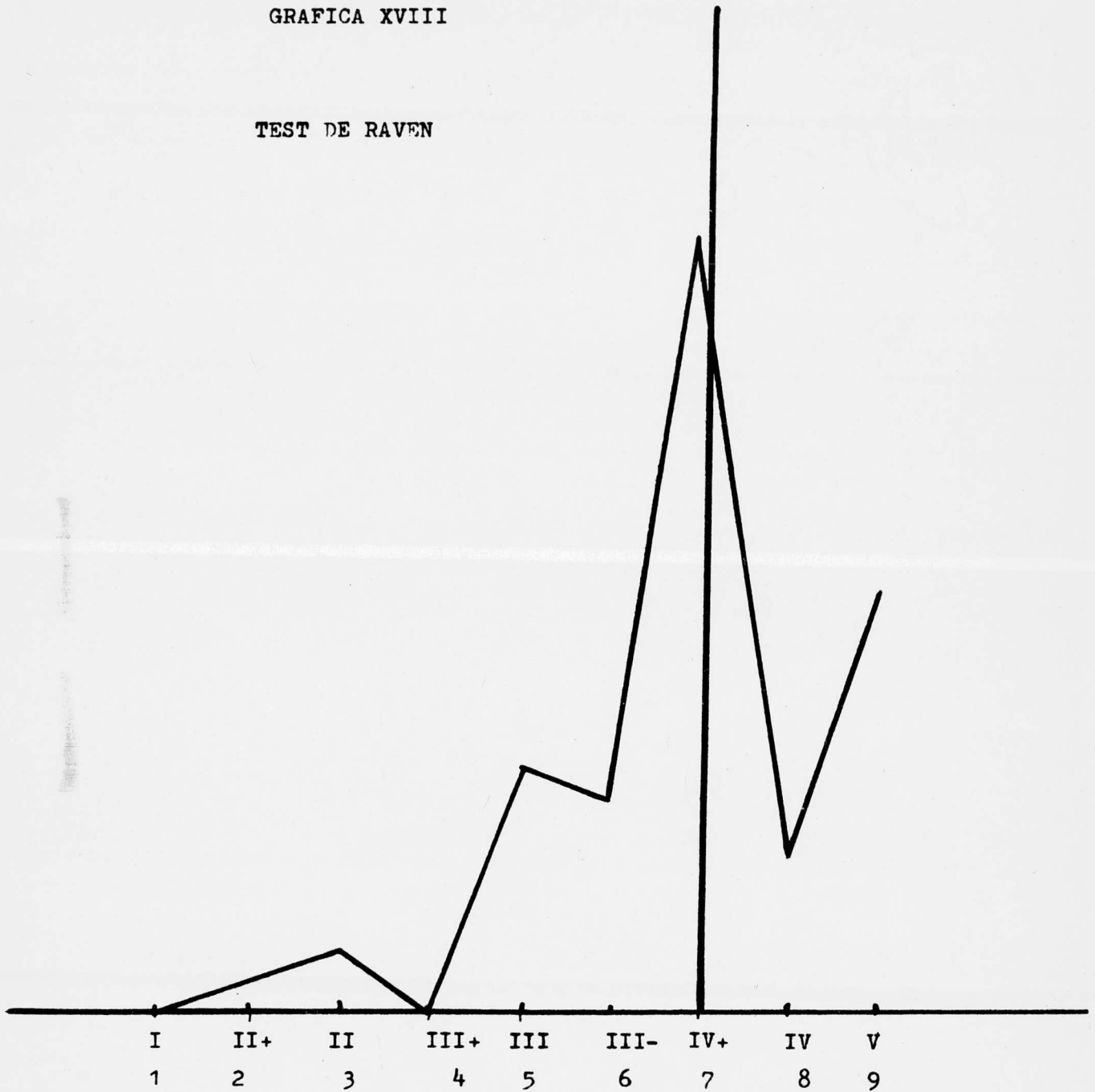
No. DE AMANTES QUE DICE
TENER O HABER TENIDO.

NUMERO PROMEDIO DE AMANTES: 9.



GRAFICA XVIII

TEST DE RAVEN



MEDIA 7.

INTELIGENCIA PROMEDIO: INFERIOR AL
TERMINO MEDIO.

TABLA 3
 Número estimado de alcohólicos, basado en las defunciones por cirrosis hepática, según el Método de Jellinek y tasas por 100.000 habitantes, en diecisiete países americanos y en seis países europeos, 1956 - 1958

P A I S	Población de 20 y más años (en miles)	Promedio anual de defunciones por cirrosis hepática			Número estimado de alcohólicos con complicaciones (a)		Tasa de alcohólicos con complicaciones por 100,000 habitantes		Número estimado de alcohólicos con y sin complicaciones (b)		Tasa de alcohólicos con y sin complicaciones por 100,000 habitantes (b)	
		Total	Varones	Mujeres	I	II	I	II	I	II	I	II
Argentina (c)	11.834	921	...	...	64.800	49.100	548	415	104.000	78.600	877	664
Canadá	9.933	924	616	308	65.300	49.300	657	496	261.000	197.000	2.628	1.984
Colombia	6.243	647	400	247	43.900	34.500	703	553	70.200	55.200	1.125	885
Costa Rica	481	50	33	17	3.520	2.670	732	555	5.630	4.270	1.171	888
CHILE	3.772	1.497	1.032	465	108.000	79.800	2.863	2.116	173.000	128.000	4.581	3.386
Ecuador	1.871	143	92	51	9.920	7.620	530	407	15.900	12.200	848	651
Estados Unidos	1.130	138	94	44	9.850	7.360	872	651	15.800	11.800	1.395	1.042
El Salvador	106.488	18.577	12.298	6.279	1.310.000	990.000	1.230	930	5.240.000	3.960.000	4.920	3.720
Guatemala	1.613	231	158	73	16.600	12.300	1.029	763	26.600	19.700	1.646	1.221
Honduras (d)	872	38	25	13	2.660	2.030	305	233	4.260	3.250	488	373
México (d)	14.871	6.038	3.801	2.237	414.000	322.000	2.784	2.165	662.000	515.000	4.452	3.463
Nicaragua (e)	604	86	...	..	6.050	4.590	1.002	760	9.680	7.340	1.603	1.216
Panamá	472	36	23	13	2.480	1.920	525	407	3.970	3.070	840	651
Paraguay	762	40	22	18	2.550	2.130	335	280	4.080	3.410	536	448
Perú (d)	4.487	460	284	176	31.200	24.500	695	546	49.900	39.200	1.112	874
Rep. Dominicana (d)	1.215	193	120	73	13.200	10.300	1.086	848	21.100	16.500	1.738	1.357
Venezuela	2.954	499	321	178	34.500	26.600	1.168	900	55.200	42.600	1.869	1.440
Dinamarca (c)	2.966	286	113	173	15.600	15.200	526	512	62.400	60.800	2.104	2.048
Francia (c)	30.299	14.166	9.164	5.102	988.000	756.000	3.261	2.495	1.580.000	1.210.000	5.218	3.992
Inglaterra y Gales (c)	31.747	1.153	618	535	72.600	61.500	229	194	290.000	246.000	916	776
Italia (c)	31.170	7.320	5.157	2.163	534.000	390.000	1.713	1.251	854.000	624.000	2.741	2.002
Suecia (c)	5.118	380	246	134	26.500	20.300	516	397	106.000	81.200	2.072	1.588
Suiza (c)	3.485	690	547	143	54.000	36.800	1.549	1.056	91.800	62.600	2.533	1.795

(a) Estimado según dos hipótesis usando la fórmula de Jellinek:

I. El porcentaje de defunciones por cirrosis hepática debida a alcoholismo entre los varones es 62,8, y entre las mujeres, 21,6. Estos valores fueron basados en datos para Estados Unidos.

II. El porcentaje de defunciones por cirrosis hepática debida a alcoholismo en ambos sexos es 37. Este valor está basado en datos para Canadá y Europa.

(b) En Estados Unidos, Canadá, Dinamarca, Inglaterra y Gales y Suecia, el número total de alcohólicos con y sin complicaciones se ha estimado que es 4 veces mayor que el número de alcohólicos con complicaciones, en Suiza 1,7, y en América Latina, Francia e Italia, 1,6 veces mayor.

(c) Solamente para 1956.

(d) Años 1956 y 1957.

(e) Solamente para 1957.

TABLA 2

Producción de cerveza en 21 países americanos y en 6 países europeos, 1948 y 1951-1958. (46).

Litros per cápita

PAIS	1948	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Argetina	21.1	22.7	21.5	18.9	19.9	19.3	18.1	18.0	19.1
Bolivia	9.1	10.0	9.6	9.2	8.9	6.8	6.7	5.8	...
Brasil	a) 7.1	...	...	...	...	12.2	...	...	...
Canadá	62.4	61.8	65.4	65.3	65.8	64.3	64.0	65.7	62.5
Colombia	21.5	29.2	32.5	36.5	37.6	35.6	36.5	...	...
Costa Rica	3.3	3.6	3.1	3.3	4.2	5.6	6.1	...	6.9
Cuba	18.9	22.3	25.1	20.4	20.0	19.2	19.2	20.2	19.1
Chile	15.0	14.8	17.0	19.3	18.2	19.7	20.5	19.9	16.4
Ecuador	7.8	10.8	12.9	14.0	16.3	15.4	14.6	15.6	16.4
El Salvador	2.3	7.3	9.8	10.6	8.6	7.2	7.0	8.5	6.9
Estados Unidos	73.2	68.0	67.3	66.7	67.0	63.8	63.3	61.6	61.0
Guatemala	3.9	3.3	3.2	3.7	3.5	3.4	3.9	4.5	5.3
Honduras	...	...	...	6.0	6.3	7.9	9.4	10.1	8.8
México	13.7	25.2	21.0	20.2	22.7	22.2	23.9	23.9	22.6
Nicaragua	1.8	1.7	2.3	2.6	2.8	3.5	3.7	3.0	3.4
Panamá	22.7	18.0	20.1	19.0	17.3	16.3	16.3	18.8	18.5
Paraguay	2.3	2.9	3.6	3.6	3.6	3.3	2.8	3.2	3.2
Perú	3.9	6.4	7.5	9.0	10.0	10.2	10.2	12.2	11.1
R. Dominicana	2.4	3.2	4.0	3.6	3.1	2.8	3.2	3.9	4.7
Uruguay	9.1	18.7	22.5	...	...	...	...	...	...
Venezuela	12.3	19.6	22.5	22.9	22.8	23.3	23.4	25.1	29.9
Dinamarca	59.5	63.1	61.2	63.4	64.6	67.9	66.7	73.0	70.5
Francia (b)	20.3	18.1	19.8	19.7	20.6	28.9	29.9	34.4	39.4
Italia	2.0	2.9	2.7	3.3	3.1	3.5	3.2	3.8	3.4
Reino Unido	92.2	81.6	81.1	80.8	76.9	78.1	77.7	78.7	76.2
Suecia	24.3	24.8	26.6	27.5	28.3	30.8	29.0	28.4	27.3
Suiza	37.8	44.4	49.0	48.5	47.5	51.7	53.3	58.0	60.8

(a) Año 1944.

(b) 1948-1954, datos imcompletos

Fuente: Naciones Unidas, Statistical Yearbook, 1959.

TABLA 5

Consumo Per Cápita de Alcohol Absoluto Total en Litros en Habitantes de 15 y más Años y Porcentaje de Contribución de Cada Bebida en Tres Países Americanos y Cinco Países Europeos *

P A I S	Alcohol absoluto		Porcentaje de alcohol absoluto total			
	Total	De bebidas espirituosas	Total	De bebidas espirituosas	De vinos	De cerveza
Francia	13.42	3.18	100	24	68	8
Italia	9.32	0.93	100	10	88	2
Estados Unidos	7.55	2.77	100	37	11	52
Suiza	7.28	1.57	100	21	51	28
Canadá	6.73	2.01	100	30	6	64
Perú	6.01	5.01	100	84	3	13
Dinamarca	5.86	0.82	100	16	11	73
Suecia	4.82	3.26	100	68	4	28

Fuentes:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Higiene Mental, El Alcoholismo, Problema de Salud Pública, por el Dr. Baltazar Caravedo y el Dr. Manuel Almeida Vargas, Lima, Perú, 1956.

* Muchas de estas cifras se refieren a los años 1949 y 1952; las del Perú corresponden al año 1954.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aramoni, A.: PSICOANALISIS DE LA DINAMIA DE UN PUEBLO. UNAM. 1961, México.
- 2.- Bernstein, A.L.: A HANDBOOK OF STATISTICS SOLUTIONS FOR THE BEHAVIORAL SCIENCES. Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1964.
- 3.- Bohm, E.: VADEMECUM DEL TEST DE RORSCHACH. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1960.
- 4.- Bosch García, C.: LA TECNICA DE INVESTIGACION DOCUMENTAL. UNAM. 1959 México.
- 5.- Bunzel, R.: THE ROLE OF ALCOHOLISM IN TWO CENTRAL AMERICAN CULTURES. Psychiatry, 1940, 3: pp. 361-87.
- 6.- Cabildo, H.M.: ALCOHOLISMO. Criminalia No. 10, México. Octubre de 1960.
- 7.- Cabildo, H.M.: CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS SOBRE EL ALCOHOLISMO EN LA REPUBLICA MEXICANA. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. 6, Núm. 1, 1965.
- 8.- Calderón, N.G. y Cabildo, H. M.: ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO SEGUN CUESTIONARIO ESPECIAL PARA LA REUNION DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOLISMO. México, Junio de 1966.
- 9.- Cameron, D.C.: ADDICTION-CURRENT ISSUES. Am. J. Psychiat. 120: 313, Oct. 1958.
- 10.- Carter y Carter.: CANCER, TABACO, ALCOHOLISMO Y ENFERMEDADES DEL CORAZON EN EL SOCIALISMO Y EL CAPITALISMO. Buenos Aires. Ed. Platina. 1958.
- 11.- Comer, F.A.: LES ACCIDENTS ROUTIERS EL L'ALCOOLEMIE EN BELGIQUE. (La Revue de l'alcoolisme, x-2, avril-juin 1964, 109-118). En Ann. Médico-psych., mars 1965, 1, No. 3 París.
- 12.- Coville, W.J., Costello, T.W., and Rouke, F.L.: ABNORMAL PSYCHOLOGY. New York: Barnes and Noble, Inc. College Outline Series No. 94.
- 13.- Croxton, F. E. y Cowden, D. J.: ESTADISTICA GENERAL APLICADA. México: Fondo de Cultura Económica, 1957.
- 14.- De Gortari, A.: ACCION DEL ALCOHOL SOBRE EL APARATO CARDIOVASCULAR. México, Criminalia No. 10. Octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 15.- De la Fuente, R.: ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO. México, Criminalia No. 10. Octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 16.- De la Fuente, R.: PSICOLOGIA MEDICA. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires. - Tercera Edición 1962. Pags. 50, 51, 249.

- 17.- Ferrara, F.: ALCOHOLISMO EN AMERICA LATINA. Buenos Aires: Palestra, 1962.
- 18.- Ferrari, C., e Roseo, G.: TENTATIVI DI DIASSUEFAZIONE DI ALCUNI ALCOLISTI MEDIANTE -- PROIEZIONI CINEMATOGRAFICHE DELLE LORO FASI DELIRANTI CONFUSIONALI. Note e Riviste di Psichiatria, año LV, Fasc. 1-4, pag. 119-130. (Revista de Psiquiatria y Psicología Médica. Tomo VII-No.1. Enero-Marzo de 1965. Excerta página 92).
- 19.- Fromm, E.: PSICOANALISIS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires 1962. Pags. 16 y 18.
- 20.- Garrido L.: ALCOHOLISMO Y DELINCUENCIA. México: Criminalia No. 10. Octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 21.- Gill, M.A., Rapaport, D.: APORTACIONES A LA TEORIA Y TECNICA PSICOANALITICA. Ed. Pax-México. México 1962.
- 22.- González, P.F.: EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SU DESTRUCTIVIDAD. Ed. Pax. México 1961.
- 23.- Guilford, J.P.: PSICOLOGIA GENERAL. México: Diana, 1962. (Capítulo IV: Conflicto de Motivos. Alcoholismo, pp. 163 - 4).
- 24.- Hartocollis, P.: ALGUNOS ASPECTOS FENOMENOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO. Psychiatry. Pub. by William Allanson. Psychiatric Institute. New York, 1965.
- 25.- Hernández Aguilera, A.: LA PSIQUIATRIA EN LA MITAD DE LOS AÑOS SESENTA. CONSIDERACIONES SOBRE EL ALCOHOLISMO. Revista Gharma No. 13. Octubre de 1965. -- Guadalajara, Jal. México.
- 26.- Hill, Theron S.: PSYCHOLOGICAL IMPLICATIONS OF DRINKING. In Southeastern School of Alcohol, Fourth. En Psychological Abstracts, Vol. 39, No. 6 (Part 1) Diciembre de -- 1965. 16081.
- 277.- Klineberg, O.: PSICOLOGIA SOCIAL. México: Fondo de Cultura Económica, 1963. (1a.Ed. en inglés: 1940). Capítulo XV. Factores sociales de la anormalidad.
- 28.- Klopfer Bruno, Davidson Helen H.: THE RORSCHACH TECHNIQUE. AN INTRODUCTORY MANUAL. Harcourt, Brace and World Inc. 1962 New York.
- 29.- Klopfer, B., Ainsworth, M.D., Klopfer, W.G. & Holt, R.R.: RORSCHACH TECHNIQUE. New York: Harcourt, Brace & World, Inc., 1954.
- 30.- Koumans, Alfred J.R. and Muller, James J.: USE OF LETTERS TO INCREASE MOTIVATION FOR TREATMENT IN ALCOHOLICS. (Massachusetts General Hosp., Boston). En Psychological Abstracts. Vol. 39, No. 6 (Part 1). Diciembre de 1965. 16083.
- 31.- Maccoby, M.: EL ALCOHOLISMO EN UNA COMUNIDAD CAMPESINA. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Núm. 1, Sept. de 1965. México.
- 32.- Malignac, G. et Colin, R.: L'ALCOOLISME. París: Presses Universitaires de France. 1958.
- 33.- Martínez C., Caso, A., e Iriarte, R., Drs.: COMUNICACION PRELIMINAR SOBRE EL EMPLEO DEL TEMPOSIL (Carbamida de calcio citrado) en el tratamiento de enfermos alcohólicos con la técnica de reflejos condicionados. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. 1, Núm. 2, 1960.

- 34.- Maynez, S.: ALCOHOLISMO. Reseña Histórica: Criminalia No. 10. Octubre de 1960. México.
- 35.- Mc Dill, Thomas H.: INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND THE ALCOHOLIC. In Southeastern - School of Alcohol, Fourth. En Psychological Abstracts. Vol. 39, No. 6 (Part 1) Diciembre de 1965. 16086.
- 36.- Millán E.: LA REHABILITACION DEL ALCOHOLICO. México. Criminalia.No. 10, octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de -- Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 37.- Murcia Valcarcel, E.: APPORTS D' EXPERIENCE PERSONELLE EN PSYCHOLOGIE DE L' ALCOOLIS ME. (Inst. de Med. psicol. boletín infor., V, 56, juill. 1964, pp. 11-16). En Ann. Médico Psych., mars 1965, 1, No. 3, París.
- 38.- Noyes, A.P.: PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. México. La Prensa Médico Mexicana. 1961.
- 39.- O.I.T., Ginebra 1953. POBLACIONES INDIGENAS. Condiciones de vida y de trabajo de los pueblos autóctonos de los países independientes. Cap. VI (163 - 168). Alcoholismo en -- Sudamérica.
- 40.- Porot, A.: LES TOXICOMANIES. París: Presses Universitaires de France. 1953.
- 41.- Quiróz Quarón, A.: ALCOHOLISMO Y CRIMINALIDAD. México : Criminalia No. 10. Octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de -- Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 42.- Ramírez S.: EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES. Ed. Pax. México 1961.
- 43.- Raven, J.C.: TEST DE MATRICES PROGRESIVAS. Manual para la calificación. 4a. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.
- 44.- Rojas, E.: LESIONES PRODUCIDAS POR EL ALCOHOL. Criminalia No. 10. Octubre de 1960. México. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 45.- Selzer, M.L., Payne, C.E., Gifford, J.D., and Kelly, W.L.: ALCOHOLISM, MENTAL ILLNESS - AND THE "DRUNK DRITVER". Am. J. Psychiat. 120: 326, Oct. 1963.
- 46.- Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo. Viña del Mar, Chile, . 21-26 de noviembre de 1960.
- 47.- Sessions, Percy M.: THE ALCOHOLIC AND HIS WORLD. In Southeastern School of Alcohol, Fourth. En Psychological Abstracts Vol. 39. No. 6 (Part 1) Diciembre de 1965. 16089.
- 48.- Southeastern School of Alcohol, Fourth. Proceedings. Athens, GA.: U. Georgis Cent. Continuing Education 1963. 240 p. En Psychological Abstracts. Vol. 39. No. 6 (Part 1). Diciembre de 1965.
- 49.- Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud. Informe de la primera reunión. (11 - 16 de Diciembre de 1950).
- 50.- Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud. Informe de la segunda reunión. (11 - 20 de Octubre de 1951).
- 51.- Székely, B.: LOS TESTS. Kapelusz. Buenos Aires. 4a. Ed. 1960.

- 52.- Thomason, J.: EL LICOR AL VOLANTE. México. Criminalia No. 10, Octubre de 1960.
- 53.- Vargas, R.: LA FARMACOLOGIA DEL ALCOHOL ETILICO. Criminalia No. 10, Octubre de 1960.
- 54.- Velasco Suárez, M.: EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA MEDICO-SOCIAL. México: Criminalia No. 10. Octubre de 1960. (De la mesa redonda sobre alcoholismo llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1960).
- 55.- Wallerstein, Robert S.: PSYCHOLOGIC FACTORS IN CHRONIC ALCOHOLISM. A Complex Medical Problem, presented at the Thirty-eight Annual Session of The American College of Physicians, Boston, Massachusetts, April 8, 1957. De Annals of Internal Medicine, Vol. 48, No. 1, January, 1958.
- 56.- Warren, H.C.: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.
- 57.- Windham, Gerald O.: COMMUNITY ATTITUDES TOWARD ALCOHOL EDUCATION. In Southeastern School of Alcohol, Fourth. En Psychological Abstracts Vol. 39. No. 6 (Part 1). Diciembre de 1965. 16095.
- 58.- Zaffaroni, E.R.: LA EMBRIAGUEZ EN EL DERECHO PENAL. Criminalia No. 6. Junio de 1965. México.
