

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

113
2ej-



"POSIBLES CAUSAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES EN EL
DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO"

T E S I S

PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LUIS ARTURO NAPOLES MUÑOZ.

ASESOR DE TESIS:

DR. LUIS ANTONIO GAMIOCHIPY CARBAJAL

MEXICO D.F. 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E P A G I N A

I N T R O D U C C I O N	1
CAPITULO 1	
El alcoholismo. Conceptos;	7
1. Biológico.	7
2. Psicológico.	8
3. Sociocultural.	12
4. El alcohol.	17
4.1 El alcohol como elemento químico.	17
4.2 El alcohol como una droga.	17
4.3 Bebidas alcohólicas.	18
4.4 Algunos problemas derivados del alcohol.	25
4.5 Grupos alcohólicos anónimos.	26
CAPITULO II	
1. Antecedentes.	30
2. Marco teorico.	36
CAPITULO III	
M E T O D O .	
1. Planteamiento del problema.	45
2. Hipótesis.	45
2.1 Hipótesis conceptual.	45
2.2 Hipótesis de trabajo.	46
- Hipótesis nula.	
- Hipótesis alterna.	
3. Definición conceptual de variables.	46

3.1 Tipo de estudio.	
4. Muestra.	47
5. Sujetos.	48
6. Escenario	48
7. Instrumentos.	48
7.1 descripción.	49
7.2 Motivo de la utilización de los instrumentos.	
8. Procedimiento.	67
9. Manejo estadístico.	70

CAPITULO IV

4.1 Resultados.	97
4.2 Conclusiones.	101
4.3 Discusión.	104
4.4 Limitaciones.	106
4.5 Sugerencias.	107
4.6 Bibliografía.	109

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

El aspecto esencial de las personas intoxicadas por el alcohol es una conducta mal adaptativa causada por la ingestión exagerada de esta sustancia; esta conducta puede consistir en agresividad, alteraciones del juicio y otras manifestaciones de trastorno del funcionamiento Biopsicosocial.

Para la mayoría de las personas es usual tomar unas copas para celebrar algún acontecimiento social, de tal manera, que en ocasiones no es fácil distinguir si la persona bebe por alguna ocasión especial o si sus motivos para tomar ya son tan variados que su hábito de beber altera su salud y su forma de vida.

El alcoholismo abarca todo un grupo de problemas de salud que se manifiestan a través de los desórdenes de la conducta. El padecimiento como tal constituye un largo proceso que obedece a causas Biológicas, Psicológicas, Físicas, Sociales y Culturales. Además en casi todo el mundo es un grave y creciente problema de salud pública que por su magnitud y trascendencia, ha merecido la atención de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD O.M.S. dándole el nombre de "Síndrome de dependencia al alcohol", esto es; "Un estado psíquico y en ocasiones también físico que resulta de la ingestión de alcohol y que se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una repetición o compulsión a beber alcohol en forma periódica o continua con el objeto de experimentar efectos psíquicos y para evitar síntomas que originan su ausencia". Se ha considerado que este término es el

mas adecuado para sustituir la multiplicidad de definiciones que en torno al alcoholismo se han generado.

Asi mismo, el comite de expertos en alcoholismo de la O.M.S. hizo hincapié que no solamente habia que prestar atención a las personas que habian desarrollado el sindrome de dependencia al alcohol (ALCOHOLISMO), sino tambien a los bebedores excesivos no alcohólicos que constituyen una fuente permanente de problemas sanitarios.

El "Sindrome de dependencia al alcohol" es ademas una condición diagnósticable, en la que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactuan con los que son propiamente orgánicos o biológicos¹. Con base a lo anterior, se puede sintetizar dos tipos de problemas muy comunes que se relacionan con el alcoholismo y que son:

1. Los que involucran a la familia como; desarmonia en la pareja conyugal, mal trato a los hijos, perdida de respeto a los padres, desviaciones de conducta de los hijos (delincuencia u otras), asi como posibles nacimientos de hijos con problemas congenitos, entre otros.

- 2, Los que involucran a la sociedad como; diversas formas de orden público, conducta violenta, daño de la propiedad, accidentes, perdida del trabajo y del hogar, vagancia, prostitucion, mortalidad

¹Valles, Jorge. Alcoholismo. El Alcoholicos y su Familia. B. Costa Amic. Editor. México 1974 pag. 52-54.

por cirrosis, suicidios, homicidios, ademas de otros trastornos sociales.

El porcentaje de mexicanos que padecen de alcoholismo, situa este padecimiento entre los principales, la mortalidad causada por cirrosis hepatica y no ha variado en los ultimos 30 años y en la última década ha acupado un lugar preponderante entre las diez primeras causas de muerte.

La adicción al alcohol suele iniciarse entre los 20 y los 40 años, pero se encuentran actitudes de ebriedad que se inician desde los 14 años de edad, y es mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer, aunque el número de mujeres alcohólicas ha ido aumentando ultimamente y ademas se ha ido extendiendo a todos estratos económicos, sociales y culturales.

En este trabajo se tratan algunos aspectos que son importantes sobre el tema en cuestión y es intención como en todo trabajo contribuir a su estudio sistematico que permita conocerlo, diagnosticarlo y tratarlo oportunamente por los especialistas.

Con base a la información citada y a la inquietud personal se buscaron a través de los instrumentos que posteriormente cito, algunas causas que de alguna manera contribuyen al desarrollo del alcoholismo, haciendo mención de los estudios que se han realizado en favor del tema como son desde el punto de vista Biológico, Psicológico y Social., pero haciendo hincapié en algunos aspectos

Psicológicos que al menos en esta población son causantes de su enfermedad.

Para la realización de este trabajo fueron utilizados en primer lugar un cuestionario que contempla datos personales, antecedentes familiares, antecedentes propios de la persona y sus padecimientos actuales. En segundo lugar se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad con el propósito de conocer las características de personalidad y en su caso el grado de rasgos patológicos manifestados. En tercer lugar el Test proyectivo de la figura humana (machover) que revela aspectos importantes de la personalidad y finalmente el Test visomotor "Bender" que ayudó a determinar la existencia del daño cerebral.

Este estudio fue iniciado en esta Ciudad, específicamente en la clínica No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en calzada de Tlalpan, con el propósito de investigar algunas posibles causas en el problema del alcoholismo. Dado que este problema en México cada día va ascendiendo considerablemente y ocupa uno de los primeros lugares por su alta tasa de alcohólicos en casi todo el mundo., por lo que se consideró importante buscar factores causales del problema que nos ocupa.

Como se sabe las bebidas alcohólicas no son alimentos indispensables ni saludables para la humanidad. Su consumo más que una necesidad, está basado en una serie de patrones culturales, de defensas psicológicas y de inadaptabilidad de la persona para enfrentarse a sus problemas o para poder tolerar stress o angustia.

Así pues, el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones y en su adecuado funcionamiento social y económico.

El origen de la enfermedad alcohólica está comprobada como manifestación psiquiátrica en donde se aceptan algunas características más importantes de su personalidad, como el ser sexual y emocionalmente inmaduro, incapaz de sentir afecto por los demás, afrontar situaciones o tensiones frustrantes; aislado, dependiente, irresponsable, pobremente integrado y con grandes sentimientos de culpa.

Aclarando y respentando hasta ahora todos los trabajos que se han realizado sobre el tema y los resultados que se han encontrado desde los diferentes aspectos Biológicos, Socioculturales entre otros.

Finalmente con estos datos se llega a ciertas conclusiones y no se generaliza sobre el alcohólico, pero si en una población específica, que contribuye para realizar y mejorar trabajos que se realicen posteriormente sobre éste grave problema de salud pública.

C A P I T U L O ; I

El problema del alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo Genético, Fisiológico, Neurobioquímico, Psicológico, Sociológico, Antropológico y Cultural y que difícilmente puede elaborarse un concepto que incluya todos estos aspectos.

Pese a su excesivo empleo, el término alcoholismo es relativamente nuevo puesto que empezó a utilizarse en el presente siglo pero la inquietud social generada por los grupos de alcohólicos anónimos influyó profundamente en el doctor Jellinek, quien en 1960 publicó en su famoso artículo "El concepto del alcoholismo como una enfermedad"², quien sentó las bases para que los profesionales de la salud se interesaran en el problema.

CONCEPTOS; BIOLOGICO.

Las hipótesis respecto de la etiología biológica mencionan factores genéticos que apoyan el concepto de que el individuo nace con una predisposición hacia el desarrollo del alcoholismo debido a ciertas alteraciones genéticas. Las teorías endocrinológicas afirman que la ingestión de alcohol ocasiona un trastorno glandular que, finalmente, genera una insuficiencia de la corteza adrenal.

²Velazco Fernandez, Rafael. Alcoholismo. Visión Integral. Editorial Trillas 1988. pag. 39-47

Se habla también de una disfunción cerebral que da lugar a la pérdida del control para beber, a la incapacidad de abstenerse y a la conducta impulsiva y antisocial que exhibe el alcohólico. Las teorías Neurobioquímicas que últimamente han adquirido mucha importancia, plantean que beber en exceso durante algún tiempo provoca la inactivación de alguno de los sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo del etanol; esto a su vez ocasiona que el alcohol se metabolice por otras vías en las que se producen ciertas sustancias que, al reaccionar con algunas aminas cerebrales, forman alcaloides conjugados de gran poder adictivo (quinolinas y papaverolinas) se denominan morfínicas debido a que también se han aislado de opiáceos del tipo de la morfina y la heroína y tienen un enorme efecto estimulante sobre los centros de gratificación del cerebro. Ello explicaría las poderosas propiedades de dependencia que tiene el alcohol y el por qué en un momento dado, un alcohólico es incapaz de suspender la ingesta en cuanto empieza a beber. Así pues, los elementos que las investigaciones hasta el momento han aportado siguen vigentes y estos siguen estimulando para que la investigación y los hallazgos de evidencias, permitan continuar con el desarrollo de nuevos métodos para estudiar el alcoholismo.

CONCEPTO PSICOLOGICO.

En este aspecto se plantea que el alcoholismo es una enfermedad que presenta síntomas que denotan la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, de un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, de un trastorno de la

personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados por los efectos gratificantes del alcohol.

En este concepto el alcoholismo es considerado como un problema estrictamente individual aunque no minimiza ni excluye la influencia de los factores sociales.

La teoría psicoanalítica afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones durante la infancia que a su vez ocasionan una inmadurez emocional. De acuerdo con esta teoría, el alcohólico busca los efectos del etanol para aliviar sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad, inferioridad y depresión que son el reflejo de trastornos más profundos. Se supone que el consumo de alcohol para obtener alivio se refuerza a través de la repetición y su abuso se desarrolla como una respuesta habitual al malestar interno. Así mismo, los psicoanalistas observaron que el alcohol provoca alteraciones en el estado de ánimo, en los procesos del pensamiento y de conductas agresivas, además suponen que la gratificación que se obtiene por el uso y los efectos del alcohol representa un escape de la realidad. En otros estudios se habla de las cualidades eróticas del sueño que induce al alcohol y de la disolución de inhibiciones durante la intoxicación, lo que permite representar dramáticamente los impulsos que de otra forma, no se expresan y los cambios casi mágicos que el alcohol provoca al aumentar la estima personal, alivia la pobreza, vence la soledad y eleva el estado de ánimo,

incluso su capacidad para generar una sensación de calor y satisfacción, son importantes desde el punto de vista psicológico.

La psicodinámica de los patrones conductuales que comúnmente exhiben los sujetos alcohólicos es la siguiente; el alcohólico tiene una tendencia suicida crónica porque considera que el medio ambiente es rechazante, cruel y frustrante; esto se debe a que cree que sus padres lo traicionaron, lo anterior le genera deseos de destruir a sus padres pero, simultáneamente tiene un gran temor de perderlos, así como una enorme necesidad de obtener gratificación y satisfacción de ellos. Esta ambivalencia lo obliga a dirigir hacia sí mismo la ira que siente contra sus padres, todo esto le provoca sentimientos de culpabilidad e inutilidad y una necesidad de autocastigo y de autodestrucción.

De acuerdo con las teorías de la personalidad, el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la personalidad. Se considera que los alcohólicos poseen un tipo específico de personalidad caracterizada por labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales.

Las teorías psicológicas del aprendizaje se fundamentan en los conceptos teóricos del reforzamiento y constituyen un intento de explicar el alcoholismo como resultado de una historia de aprendizajes en que la conducta operante de beber alcohol se

incrementa en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios psicológicos que implica.

Las investigaciones que se han realizado con el fin de encontrar una relación entre los tipos de personalidad y los patrones de consumo excesivos de fármacos, se ha encontrado que no existe tal correspondencia. En 1974 el Doctor H.A.SKINNER Y SUS COLABORADORES, encontraron que en un alto número de alcohólicos, se pudieron establecer 16 grupos diferentes con base a 8 datos útiles para la clasificación caracterológica., es decir, existen diferentes tipos de alcohólicos cuyas personalidades difieren ampliamente y también en el consumo excesivo del alcohol, así como, sus necesidades de tratamiento, que también son diferentes.

El efecto psicológico del alcohol o de cualquier otra droga supuestas cantidades que no lleguen a la sobredosis, depende principalmente de la persona, de su carácter y de su disposición de ánimo antes que las propiedades químicas o farmacológicas de la droga. Cualquiera que sea el resultado de esa experiencia con la droga se debe principalmente a lo que es como persona; feliz o desgraciada, eufórica o deprimida, sensual o casta, ladrón u observante de la ley. Cuando comienza a hacer su efecto pequeñas cantidades de alcohol, pueden experimentarse sensaciones de felicidad o frivolidad dependientes de la personalidad, el estado de ánimo y las expectativas del consumidor que ofrece un escape de las tensiones y presiones de la realidad y así conforme se siga bebiendo puede experimentarse modorra, bulliciosidad extrema o depresión (psicológica o fisiológica) junto con malestares

fisiológicos y si se continua bebiendo puede producirse el coma y en cantidades mayores la muerte.

CONCEPTO SOCIOCULTURAL.

En este aspecto se hace hincapié en que el alcoholismo es una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo independientemente de sus problemas psicológicos o de su predisposición biológica hacia la bebida. "Kessel y Walten 1975, afirman que en las culturas en las que se alienta la ingestión de alcohol prolifera el alcoholismo.

La sociologa Ma. del Pilar Velasco habla de cuatro criterios de casualidad social en el alcoholismo, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, la familia y otros aspectos socioculturales'³.

Por que el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto es más bien raro o excepcional en otros. A pesar de que uno de los caminos más prometedores en lo que toca a la búsqueda de las causas del fenómeno que nos ocupa, es precisamente el estudio de las posibles causas precipitantes y coadyuvantes en el desarrollo del alcoholismo y en estos grupos se sabe ya algo acerca de las diferencias socioculturales que agravan el problema en el norte de Francia y en países como Suecia, Suiza, Polonia, Rusia y Estados Unidos, en tanto que permiten un porcentaje de individuos alcohólicos relativamente bajo en Grecia, China e Israel. En

³Ob-cit. Velazquez Fernandez. pag. 45

general las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características;

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b) Generalmente las bebidas más consumidas con las de alto contenido de componentes no alcohólicos como la cerveza y el vino.
- c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente con las comidas.
- d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo, así el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso ni prueba que el bebedor sea más viril.
- f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptada.
- g) En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h) Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego en el beber"⁴.

Por otra parte estos hallazgos parecen apoyar las explicaciones que algunos autores dan como base de ciertos modelos sociológicos. "El Doctor Bales 1985 por ejemplo, basandose en la

⁴Batalla Mancera, Francisco. Desarrollo de la Escala Adicional del MMPI. 1982 Tesis para Obtener la Licenciatura en Psicología UNAH. pag. 64-66

revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo;

- a) El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- b) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol.
- c) La medida en que la provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades'⁵.

Como una consecuencia lógica de su tesis, el Doctor Bales supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones en una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifica de acuerdo con este autor en;

- a) Abstinencia.
- b) Uso ritual en ceremonias religiosas.
- c) Uso social en situaciones de convivencia.
- d) Uso utilitario en la cual la razón para beber es individual.

⁵ Velazquez Fernandez, Rafael. Esa Enfermedad llamada Alcoholismo Editorial Trillas 1985 pag. 53

Esta actitud utilitaria es la que se considera la más importante en el plano de la génesis del alcoholismo, pero una vez más se repite que el alcoholismo se origina a partir no de una causa simple, sino de una interacción compleja de factores fisiológicos (orgánicos), psicológicos, biológicos y socioculturales.

En nuestra sociedad, la bebida se da tan descontenta y tan institucionalizada que preguntarle a la gente por que consume alcohol es probable que le sorprenda, ya que muchas personas toman esta droga generalmente legal por las mismas razones que se consumen otras drogas legales e ilegales. Característicamente la mayoría de la gente explica el uso del alcohol de una manera unidimensional por ejemplo; es la cosa que hay que hacer, es un escape, es bueno para el trato social o para aflojar tensiones y así sucesivamente.

Además esta sustancia esta profundamente arraigada en nuestra economía. Se da por hecho que es bueno para los negocios. Agricultores, productores de grano, dueños de viñedos, conductores de camiones, taberneros, almacenistas, vendedores, agencias de publicidad, cerveceros, políticos que reciben grandes contribuciones para su compañía, convenciones de negociantes y profesionales, dueños de restaurantes y gobiernos que reciben grandes ingresos por los impuestos del alcohol, todos ayudan a hacer de esta sustancia parte de nuestra forma de vivir.

Libros, música popular, y revistas de narraciones tienden a comunicar la aceptabilidad y necesidad de alcohol mucho más que otras drogas, la televisión hace lo mismo, pero para muchos, el alcohol es una forma de llenar el tiempo libre que puede parecer estar más animado y que es mejor y menos caro que otras recreaciones. Para el adolescente el consumo rutinario de alcohol por la familia con los alimentos, en fiestas, ayuda a formar la futura conducta de beber, incluyendo el vino y/o otras combinaciones alcohólicas. La amistad o la hospitalidad se definen en función del número de cockteles, vasos de vino o latas de cerveza consumidos, ya que se supone que la mejor fiesta será aquella en la que se consume más alcohol.

Los antropólogos sostienen que habra una baja tasa de alcoholismo en razón de que exista moderación en la forma de beber, en donde los valores, las sensaciones y las actitudes de la sociedad esten bien establecidas y aceptadas y sean consecuentes en la cultura total.

El alcoholismo puede producir las opciones sociales al ser alcohólico, y esto no solo se debe a los daños que provocó directamente con el consumo del alcohol en el comportamiento social, sino tambien a la forma en que todos reaccionan ante esa persona y esas circunstancias. Nadie quiere dar empleo a una persona con esos antecedentes, incluyendo además el fracaso matrimonial, profesional, etc.

4. EL ALCOHOL.

4.1 EL ALCOHOL COMO ELEMENTO QUIMICO.

El alcohol se le puede considerar como una sustancia química que contiene un grupo oxhidrílico u OH. Las formas más comunes de este compuesto químico son el alcohol de grano etanol ($\text{CH}_3 \text{CH}_2 \text{OH}$) y el alcohol de madera metanol ($\text{CH}_3 \text{OH}$) ambos con un bajo punto de ebullición y una intensa actividad química, lo cual los hace útiles en la industria. El alcohol es también un importante producto de fermentación de ciertos granos tales como el maíz, el arroz y la cebada.

4.2 EL ALCOHOL COMO UNA DROGA.

Por definición de una droga se entiende que es una sustancia biológicamente activa, empleada en el tratamiento y prevención de las enfermedades. También se incluye en esta definición la recreación y el placer como una de las razones para su ingestión. Así el alcohol, es probablemente la droga perturbadora de la mente, original de la civilización occidental. También es una sustancia tóxica de efectos psíquicos que convierten a los drogadictos en dependientes de ella. Ello es, que les es imprescindible ingerirlas habitualmente.

Cómo actúa el alcohol en el organismo. En la ciencia médica o en la medicina, se utiliza el término de "metabolismo" para referirse al proceso que sigue dentro del cuerpo una sustancia

desde que ingresa por cualquier camino (generalmente por la boca) hasta que se elimina totalmente o se modifica químicamente para transformarse en sustancias distintas. El metabolismo del alcohol es complicado y no se conoce exactamente la forma sobre la manera en que ocurre ciertos cambios químicos en algunos momentos del proceso, aun sin pasar por alto los efectos más importantes del alcohol sobre la conducta del hombre.

Como droga, el alcohol se clasifica entre las sustancias depresoras del sistema nervioso central. Muchos de los problemas que se relacionan con el abuso del alcohol tienen elementos en común con otras drogas, pero hay suficientes diferencias en cuanto a las repercusiones individuales y sociales que justifican las acciones y programas en casi todos los países en contra del alcoholismo.

4.3 BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Se hará referencia especialmente a las que se consumen en México. Se conocen con el nombre de bebidas alcohólicas las que contienen alcohol etílico.

4.3.1 EL PULQUE.

Iniciaremos por saber los orígenes del pulque. entre los tratadistas de las ciencias jurídicas en lo que se refiere a las distintas fases en que se divide la ebriedad son: la exaltación, excitación y el de postración.

Despues de la conquista que realizaron los españoles tanto materialmente por las armas como por medio de la penetración espiritual de la evangelización y de la cultura, se continuaron celebrando subrepticionalmente en los señorios indigenas las fiestas dedicadas a los dioses del pulque.

A lo largo de toda la historia de nuestro país, tanto en el México indígena como el Colonial y el Independiente, se encuentran multiples formas de disposiciones gubernativas y municipales encaminadas a refrenar ese vicio, que al decir el licenciado Sodi, llena las carceles de hombres, puebla los manicomios y extiende su virus a generaciones enteras que carecen de dignidad, de sentido moral y que no teniendo los elementos necesarios para la lucha de la vida, rebajan y esterilizan poderosas energias indispensables para la viabilidad de las naciones y para el perfeccionamiento y progreso de la humanidad.

Esta bebida es la más popular y menos conocida científicamente. Se fabrica utilizando el jugo extraido de los magueyes llamados aguamiel. Este, desde su extracción contiene los microorganismos (levadura) que lo hacen fermentar naturalmente y se conoce con el nombre de pulque. Esta es una bebida fermentada con 3 o 4% de alcohol, tiene además alcohol isobutilico, aldehido, acetona, amoniaco, glucosa, sacarosa y vitaminas C y B1.

Segun algunos historiadores fue unos de los factores causantes de la ruina del imperio tolteca y ha seguido siendo hasta nuestros dias, de enorme consumo y de funestos resultados.

4.3.2 MEZCAL Y TEQUILA.

El mezcal se extrae de los magueyes (llamados en Oaxaca tobalas, y en Morelos maguey del mezcal). Ambos son bebidas de gran consumo en todo el país. Tanto las adulteradas como las naturales tiene una gran proporción de alcohol. Un litro de mezcal tiene aproximadamente de 400 a 500 cm³ de alcohol absoluto.

4.3.3 CERVEZA.

Desde tiempo inmemorial ha sido una bebida popular. Se conocia en China desde remotisimas épocas. Se obtiene mediante un laborioso proceso que incluye la fermentación de un mosto elaborado con granos de cebada germinada, lúpulo, levadura y agua Entre sajones y daneses llegó a ser muy popular, pasando a Inglaterra con la invasión de éstos. En Alemania es la bebida nacional. En México, en una gran extensión de la república tambien es una bebida de mucho consumo. La cerveza es una bebida de bajo contenido alcohólico (no mayor de un 5 por 100) que contiene proteínas, hidrocarburos y alcohol.

Con el tiempo la producción de la cerveza fue de menos a más pero empezó a crearse cambios en las medidas si era o no catalogada como una bebida embriagante, fue cuando se modifican los reglamentos de su venta y consumo por parte de los presidentes constitucionales que ha tenido nuestro país, se expiden ciertos reglamentos, se toman medidas, se dictan disposiciones, leyes,

normas, e infracciones a quienes violen lo anterior con multas según la falta cometida.

A continuación se presenta un cuadro sobre la producción y consumo de cerveza del periodo de 1925 a 1976

AÑO	PRODUCCION	VENTAS EN EL PAIS	CONSUMO HAB/Lt.
1925	54.000	53.650	3.5
1926	68.000	70.476	4.5
1927	72.000	71.153	4.5
1928	68.000	68.000	4.4
1929	72.000	70.742	4.5
1930	72.000	71.641	4.3
1931	55.000	54.772	4.3
1932	42.000	41.848	2.4
1933	53.000	51.962	3.0
1934	67.000	66.322	3.8
1935	83.000	81.517	4.5
1936	99.000	98.975	5.4
1937	121.000	120.995	6.6
1938	130.000	129.687	7.2
1939	163.000	159.407	8.3
1940	179.561	176.087	9.0
1941	186.614	181.656	9.0
1942	222.131	216.130	10.4
1943	267.085	254.638	11.9

1944	316.127	288.066	13.1
1945	353.224	317.558	14.1
1946	380.156	337.400	14.6
1947	334.086	320.192	13.5
1948	339.905	336.875	13.8
1949	406.193	400.731	16.0
1950	500.608	493.302	19.1
1951	579.200	570.688	21.5
1952	593.789	579.688	21.2
1953	572.240	593.389	20.3
1954	653.169	653.000	22.5
1955	678.327	677.696	22.7
1956	680.215	679.699	22.7
1957	750.925	735.217	29.6
1958	745.460	744.262	23.5
1959	732.796	709.108	21.6
1960	800.843	775.166	22.9
1961	854.499	823.104	23.5
1962	840.331	830.328	22.9
1963	858.588	841.521	22.5
1964	849.581	832.330	21.5
1965	1.016.342	999.743	25.0
1966	1.098.448	1.085.891	26.2
1967	1.162.811	1.140.246	26.5
1968	1.226.625	1.202.502	27.2
1969	1.386.138	1.360.753	28.7
1970	1.460.037	1.433.697	29.3
1971	1.273.483	1.245.331	24.6

1972	1.494.060	1.467.210	28.0
1973	1.750.057	1.701.982	31.4
1974	1.973.180	1.918.073	34.2
1975	1.975.888	1.937.286	33.3
1976	1.937.232	1.908.665	31.8

No se encontraron los datos estadísticos correspondientes de 1977 a 1990 en la dirección general de bioestadística de la secretaría de programación y presupuesto.

Quienes sustentan la tesis de que el alcoholismo disminuye a medida de que aumenta el consumo de cerveza per capita, se muestran cifras de varios países en relación con el número de alcohólicos que había en ellos por cada cien mil habitantes y los litros consumidos anualmente. Así por ejemplo, señalan que en Francia el consumo era de 39 litros por habitante, el de alcohólicos era de 5.200. De 61 en los Estados Unidos con 4.360. De 75 en Dinamarca con 1.750, En tanto que en Bélgica cuando cada habitante consumía en promedio 156 Lts de cerveza , el número de alcohólicos por cada cien mil habitantes solo era de 350. Los datos nacionales a este respecto indican que el consumo de cerveza en el año de 1950 era de 19.1 litros por persona. En 1960 de 22.9 y en 1971 de 24.6 cifras que en ese año ubicaron a México en el 25o. lugar entre los países consumidores de esa bebida. Se estima que actualmente el número de litros anuales por habitante es de 35.7 Lts.

Los partidores de que se incremente el consumo de la cerveza a la que se le considera bebida de moderación, en contra de las bebidas que tienen un elevado contenido etílico, han mantenido

viva su polémica defensa, especialmente en favor de la publicidad de que le hacen los medios masivos de comunicación y por esta que se realiza en los estadios deportivos y otros sitios de espectáculos públicos, en los que se calcula que hay un consumo de 30 a 40 mil cervezas por cada cien mil espectadores. Su contenido etílico es de 3.5 grados.

4.3.4 EL VINO.

Descubrimientos del vino. Hace por lo menos 200 millones de años, o sea en la época paleozoica, que ya existían sobre la tierra los elementos e ingredientes básicos necesarios para producir alcohol como son el azúcar, agua, el fermento y el grado moderado de calor. Es evidente, en consecuencia, que el alcohol precedió al hombre y que este empezó a usarlo mucho tiempo antes del principio de la historia, por lo que no es posible precisar su descubrimiento ni atribuirlo a ningún pueblo o lugar.

La elaboración del vino es un poco menos complicado que la cerveza. Consiste especialmente en hacer fermentar en determinadas condiciones, el zumo de las uvas. El contenido alcohólico suele ser de un 8 a 10%, por más que algunos casos puedan llegar hasta 17 a 18%. Con frecuencia es una bebida adulterada, las llamadas bebidas destiladas se obtienen mediante la destilación de vino o de ciertas mezclas de granos fermentados; sus ingredientes principales son el alcohol y el agua, más otras sustancias más complejas (éteres, ácidos volátiles, etc) que le dan el olor y su sabor peculiar.

4.4 'PROBLEMAS ACTUALES DERIVADOS DEL CONSUMO INMODERADO DEL ALCOHOL.

No es facil medir el impacto actual del alcoholismo en nuestro país; sin embargo existen algunos indicadores que permiten suponer que el problema se ha incrementado en los últimos años. Entre otros la Secretaría de Salud menciona;

1. Entre 1950 y 1975 se registro un aumento de entre 100 y 500% en el consumo per capita de alcohol (en términos de 100% de alcohol)
2. Durante la última década la cirrosis hepática ha ocupado un lugar preponderante entre las diez primeras causas de muerte.
3. La tasa de mortalidad en el alcohólico es de 2.5 veces la tasa normal.
4. El alcoholismo nulifica el 15% de las fuerzas productivas del país; esto representa una pérdida que a principios de la década de los ochenta se calculó en más de 200.000 millones de pesos anuales.
5. El 60% de los accidentes de tránsito se relacionan de alguna forma con la ingesta desmedida de bebidas alcohólicas.

6. El 80% de los divorcios, el alcohol interviene como causa determinante o desencadenante'⁶.

4.5 GRUPO ALCOHOLICOS ANONIMOS.

Aunque en este trabajo no se toca en cuanto se refiere a métodos o tratamientos de rehabilitación, considero necesario hacer mención del grupo de alcohólicos anónimos.

Consejo Nacional Antialcohólico. Este fue creado por la Secretaría de Salud, por considerar que uno de los problemas sociales que incide más desfavorablemente en la salud de los mexicanos esta constituido por la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas y que el alcoholismo es una enfermedad en expansión permanente que afecta la productividad del trabajo y deteriora la integración familiar, social y con pérdidas económicas para él mismo y para la sociedad.

La lucha contra el alcoholismo en México, que verdaderamente ha tenido resultados positivos, es la emprendida por los grupos de alcohólicos anónimos, a la que se identifica por las siglas A.A. El programa de rehabilitación que aquellos desarrollan, más que un complicado descubrimiento científico, es una síntesis de viejas ideas. Así pues, estos grupos se han ido multiplicando figurando entre estos con inegable éxito el movimiento de 24 horas que con modalidades propias se fundo en el año de 1975., desprendiendose casi un centenar de estos grupos que se sostienen con sus propios

⁶Ob-cit. Velazquez Fernandez. Visión Integral. pag. 87

recursos, sesiones ininterrumpidamente y muchos de ellos se encuentran distribuidos en más de la mitad de los estados de la república mexicana.

El alcohólico reconoce que su principal problema es mantenerse sobrio ahora y no bebe durante las próximas 24 horas.

'QUE SON LOS DOCE PASOS''

Los doce pasos son el núcleo del programa de alcohólicos para la recuperación personal de los alcohólicos y se presentan unicamente como indicadores, basandose en la experiencia de ensayos y errores de los primeros miembros de A.A.

Los doce pasos representan un modo de vivir totalmente nuevo para la mayoría de los alcohólicos, pero muchos de los miembros piensan que los doce pasos son para ellos imprescindibles para poder conservar el rumbo que se han fijado. A continuación se mencionan:

1. Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habian vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que solo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de dios, tal como nosotros lo concebimos.

4. Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos a dios que nos librase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habiamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuanto fue posible del daño que les habiamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaria a ellos mismos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con dios tal como lo concebimos pidiendole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para aceptarla.

12. Hemos experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos⁷.

⁷Caso Nuñez, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. 2ª Edición Editorial Limusa. 1982 pag. 452-454

C A P I T U L O I I

A N T E C E D E N T E S .

En casi todos los pueblos y culturas existe afición a las bebidas alcohólicas desde tiempo inmemorial. Los motivos son multiples, en cierto sentido, el alcohol es un alimento, es una fuente de calorías y en muchos casos más asequible y barato que otros alimentos, pero la razón fundamental de la difusión de su uso está en los efectos que produce sobre la mente.

Esta enfermedad constituye uno de los problemas que, por los efectos que la producen y sus consecuencias, merecen considerarse dentro del análisis científico de los fenómenos más preocupantes de nuestra sociedad. Aun cuando se sabe la importancia que tiene este tema en nuestro país, hasta el momento no se ha profundizado de manera sistemática en el estudio de la problemática que lo conforma pero es necesario mencionar y reconocer los grandes esfuerzos que se han realizado sobre este tema. Algunos autores e instituciones que más adelante se mencionan y que han publicado algunas obras sobre esta cuestión.

Además el alcoholismo es un problema engañoso que invade todos los niveles socioeconómicos y el abuso de este es difícil de determinar. Poco más o menos cada cultura ha "sancionado" el consumo de alguna droga como escape ocasional de la vida cotidiana que estaría fuera de sitio excepto cuando se emplea la droga en un acontecimiento ya sea religioso, político o social.

El alcohol aparentemente la más antigua de las drogas alteradoras de la conciencia, ha sido la más popular de tales sustancias, toleradas por las sociedades para propósitos no médicos, que sea la droga más fácil de preparar ayuda también a su popularidad. En la actual época de la civilización, comercialización y la publicidad en masa han fomentado grandemente el consumo y la aceptación del alcohol., Mientras que históricamente el principal uso del alcohol en nuestra cultura parece haber sido social o para buscar placer.

El alcoholismo para la Asociación Psiquiátrica Americana, es adicción o dependencia psicológica en el uso del alcohol al punto de que esta dañando la salud física o emocional, las relaciones interpersonales y el funcionamiento económico. La incapacidad de una persona para actuar sin beber o para limitar su bebida una vez que empieza, es presunta evidencia de que ha desarrollado una adicción al alcohol.

Las teorías etiológicas del abuso del alcohol, enfatizan factores bioquímicos, psicológicos, socioculturales o bien una combinación de ellos. Todo lo que se sabe hasta ahora de la etiología del alcoholismo, lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes. No hay pues una causa de esta enfermedad, sino varias. La característica principal del alcoholismo es su complejidad como fenómeno individual y social.

'El Doctor Ford (1951) dice que el alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual'⁸.

Platon⁹. quien en su famoso dialogo 'las leyes' escribió: 'el beber vino no es en realidad, lo mismo que tantos otros llamados bienes de la vida ni bueno ni malo en si' lo que importa no es si el individuo bebe, sino lo hace o no de manera responsable y esta idea se encuentra implícita en el aserto del filosofo.

Expertos de la Organización Mundial de la Salud en 1952, los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en su trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones. Esta definición tuvo la idea de introducir el término dependencia que esta explicito desde entonces. Se dice que alguien depende de una droga (en este caso del alcohol) cuando lo desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita, se habla de dependencia física y al suspender su administración no ocurre ningun trastorno serio, se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo esta considerado como una verdadera farmacodependencia, término que ha ido sustituyendo gradualmente al de drogadicción.

⁸Ob-cit. Velazquez Fernandez, pag. 24

⁹Ob-cit. Velazquez pag. 24

Para el Doctor Mark Keller 1985¹⁰ dice que el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que esta socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo. Esta definición contiene los siguientes elementos:

1. Señala que el alcoholismo es una enfermedad con lo que de hecho se le coloca entre los problemas de salud, susceptible de estudio de los angulos que son caracteristicamente médicos. La etiología, es decir el estudio de las causas que lo provocan. La sintomatología, que caracteriza el cuadro de la enfermedad. El diagnóstico que se refiere al procedimiento clinico que el médico sigue para definir la situación patológica. La rehabilitación, que comprende el tratamiento y el retorno a la vida normal y finalmente la prevención, que intenta evitar la aparición de nuevos casos. Este enfoque médico reclama para sí, el derecho de incluir el alcoholismo dentro de la patología humana por diferentes razones, ya que, el hecho de que aun no sepamos con exactitud cuales son las causas que lo provocan no es un obstáculo, del mismo modo que se desconocen el origen de muchas otras enfermedades y sin embargo son reconocidas como tales. (el cáncer por ejemplo).

2. Distingue claramente el alcoholismo de la intoxicación aguda, al establecer que es una enfermedad crónica, es decir de larga duración. No puede hablarse de alcoholismo si no se ha

¹⁰Ob-cit. Velazquez. pag. 24

llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia.

3. Establece como característica esencial la ingestión excesiva del alcohol, pese a la desaprobación general.

4. Señala que la existencia de un daño físico o mental es una conducción para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero. Otra vez se hace evidente que la cronicidad es un elemento indispensable para el diagnóstico, puesto que solo el tiempo lleva al padecimiento hasta las etapas en que el daño aparece. Por lo que toca a los daños orgánicos que el alcoholismo acarrea son todos de fácil reconocimiento y el médico general los identifica porque el enfermo acude a consulta precisamente por los síntomas que provoca. Los aspectos mentales, en cambio son de más difícil reconocimiento o demostración en parte, porque el paciente no está dispuesto a develarlos o no los admite y también porque habitualmente el médico no está bien familiarizado como los especialistas en psiquiatría, psicología y con las técnicas de entrevista apropiadas para explorar la mente.

Con esto se tiene un marco conceptual que permite valorar la situación individual. La definición del Doctor Keller es buena, más sin embargo sabemos que hay grados de alcoholismo y que entre un sujeto alcohólico y otro puede haber tanta diferencia como entre dos individuos normales.

'El Doctor Plaut 1985'¹¹ dice que los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1. Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizas determinada fisiológicamente) que les hace experimentar intenso alivio y relajación.
2. Posee ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
3. Pertenece a las culturas en las que se provocan culpabilidades y confusión en torno a la conducta de beber.
4. Los padres son ejemplos de consumidores excesivos de bebidas alcohólicas.
5. Los niños en desarrollo ingieren pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas dentro del ámbito familiar.
6. La comunidad propicia entre sus miembros el consumo de alcohol (factores que dependen de orientación normativa).

Estos puntos constituyen indudablemente un modelo que resume los diferentes factores que se invocan en relación con el problema

¹¹Ob-cit. Velazquez, pag. 46

del alcoholismo. En definitiva, mientras más estudios se realizan, más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos de personalidad de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

"Kaim. 1972 dice que el alcoholismo es un trastorno clínico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol. Este hábito ocasiona deterioro físico, trastornos mentales y repercute ampliamente en perjuicio de las relaciones familiares y sociales del individuo"¹².

MARCO TEORICO.

No se puede evitar hacer la pregunta de por que algunos individuos pueden beber durante mucho tiempo sin consecuencias importante, pudiendo interrumpir en cualquier momento su hábito de bebedor., mientras otros precisan seguir bebiendo y son incapaces de controlarse para no llegar a los episodios de embriaguez. La respuesta no es facil, ya que intervienen factores que al combinarlos se muestran diferentes en cada individuo.

El propósito fundamental de este trabajo es la de buscar a través de los instrumentos antes citados, algunas causas psicológicas en el desarrollo del alcoholismo, con el objeto de

¹²Zarate Contreras, Ma. Ivonne. Una perspectiva del Alcoholismo como Problema Social: su definición y Etiología. Tesina para obtener la Licenciatura en Psicología UNAM. 1987 pag. 10

conocer más a fondo este problema y tratar de disminuir el interés del alcohol, de su disponibilidad y su dependencia en las personas en las que a lo largo de nuestra carrera llegamos a tratar, o sea prevenir el abuso y consumo del alcohol que genera un estilo de vida de alto riesgo que trae consecuentemente condiciones y hábitos nocivos a la salud mental y orgánica del individuo.

Para ello se busca como se mencionó anteriormente las posibles causas que lo producen. Entre los expertos domina la tesis de que los motivos determinantes del alcoholismo son tensiones psíquicas y desajustes en grupos sociales.

En algunos países lo consideran como delito o falta (Alemania, Austria, Francia, España) así como la venta de bebidas a menores. Otros como circunstancia atenuante de responsabilidades penales (Colombia, Brasil y México).

De entre los innumerables individuos que ingieren bebidas alcohólicas es necesario diferenciar los bebedores crónicos de los alcohólicos:

BEBEDORES CRONICOS.

Son aquellos que durante años, incluso toda su vida, han utilizado bebidas alcohólicas sin que ello cause trastornos importantes en su organización estructural (personalidad).

LOS ALCOHOLICOS.

Son aquellos bebedores incapaces de ''parar'' en las dosis inofensivas y sufren frecuentemente de episodios de intoxicación aguda y de embriaguez. Estos episodios siempre van acompañados de trastornos de la conducta, que al retirarse modifican la vida del individuo.

Ademas se distinguen dos tipos de factores:

Factores de tipo ambiental.

Existen influjos evidentes como costumbres regionales como dar a chupar el dedo mojado en bebidas alcohólicas a niños de corta edad, inducirlos a beber durante su infancia en las fiestas familiares y considerar la bebida como una manifestación de virilidad, por lo que el adolescente se siente sumamente impulsado a beber aunque no haya especial inclinación básica para ello. Tambien en determinados ambientes sociales es muy difícil establecer relaciones sociales sin la intervención de unas copas como la tal costumbre de los cocktails. El alcohólico muy frecuentemente intenta justificar su hábito como refugio a traumas afectivos intensos tales como el fracaso en la vida matrimonial o profesional.

Factores de personalidad, constitucionales o adquiridos.

Los estudios sobre personalidad del alcohólico no son muy

convincentes desde el punto de vista de la etiología, pues están realizados (no puede ser de otro modo) en alcohólicos, y en ellos se confunden los rasgos que fueron causa de la inclinación al alcohol con aquellos que son resultado del deterioro producido por la intoxicación crónica de la droga. La conclusión básica es que no hay un solo tipo de personalidad predispuesta al alcoholismo sino varias. El rasgo común más generalizado es una falta de armonía y balances entre los estratos anímicos instintivos afectivos por una parte y volitivos por la otra. Estos son rasgos que también tienen los psicópatas, por lo que hay buena proporción de ellos entre los alcohólicos.

Las teorías psicoanalíticas están de acuerdo en que los conflictos de personalidad a diferentes niveles, producen la ingestión de bebidas alcohólicas como una defensa a la ansiedad.

S.Freud. 1984¹³. "creyó que el alcoholismo era la consecuencia de intensas influencias orales en la infancia. El alcohol produce una alteración del estado de ánimo y una reorientación consecuente de los procesos del pensamiento, lo cual permite que surjan niveles de pensamiento regresivo y que se obtenga gratificación de un pensamiento sin relación con la lógica, por lo tanto el alcohol proporciona una huida de la realidad".

¹³Fredman Alfred M. y Otros. Compendio de Psiquiatría Editorial Salvat 1984 pag. 432-435

Menninger 1984¹⁴. Propuso el impulso autodestructivo como componente fundamental del alcoholismo.

Knight 1984¹⁵. Menciona que cuando en la familia el padre es un inconsecuente y la madre una indulgente y sobre protectora que trata de calmar al niño por medio de pautas repetitivas de gratificación oral y como consecuencia de la hipergratificación no puede desarrollar el autocontrol y reacciona con coraje cuando es frustrado. El conflicto emocional da lugar a una respuesta impulsiva a la frustración que produce coraje y por tanto culpabilidad que necesita de una reparación masoquista, la cual se obtiene de los efectos farmacológicos del alcohol que favorecen la conducta irresponsable.

Otto Fenichel 1987¹⁶. opina que se produce específicamente el hecho de que las inhibiciones y las consideraciones sobre la realidad desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, por lo que la persona que no se atreve a activar sus instintos, gana con el uso del alcohol alivio y satisfacción. Para Fenichel, la personalidad premorbida del alcohólico, es oral y narcisista, con especiales fijaciones oral, debido a frustraciones en su niñez, que en los varones resulta en un acercamiento al padre, debido a un previo rechazo de la madre con las consecuencias tendencias homosexuales. Oportunamente y con sentido del humor,

¹⁴Fredman Alfred M. y otros. Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat 1984 pag. 432-435

¹⁵Fredman Alfred M. y otros. Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat 1984 pag. 432-435

¹⁶Otto Fenichel. Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Editorial Paidós 1987. pag. 428-430

Fenichel "el superyo ha sido definido como aquella parte de la mente que es soluble al alcohol" y sostiene que con el alcohol desaparecen inhibiciones y consideraciones sobre la realidad, permaneciendo por más tiempo los impulsos instintivos. Piensa que el alcohol se usa para contrarrestar por un lado, las frustraciones externas y por el otro, las inhibiciones internas y la depresión, siendo ésta más fuerte y profunda.

Blene 1968. Piensa que la causa principal es la dependencia

Mc. Clellan 1972. Dice que la causa es la necesidad de poder

Así mismo, han sido enfatizadas por otros autores, motivos o causas como: sexo, ansiedad, culpa, baja tolerancia a la frustración, pobre autoestima, inmadurez emocional e impulsividad.

Ademas de los factores psicológicos y bioquímicos, las variables socioculturales tambien han sido tomadas en cuenta.

Cisin y Cahalan. 1983¹⁷. postulan que las causas son de origen sociocultural. Hacen estudios entre las diferentes razas y religiosos de los E.U.A., y sostiene que hay más bebedores moderados entre los episcopales y los judíos, que entre los grupos religiosos, en los cuales abundan más los alcohólicos. Este estudio ha sido confirmado por otros autores y concluyen que las tendencias neuróticas y la dependencia psicológica son factores que dan

¹⁷ E. Nathan Peter y otro. Psicopatología y Sociedad. Editorial Trillas 1983 pag. 313-315

predisposición hacia un abuso del alcohol.

El Doctor Jellinek. 1986¹⁸. divide al alcoholismo en dos grupos:

1. Alcoholismo Intermitente.

Se caracteriza por la incapacidad que tienen los enfermos de detenerse una vez que han empezado a beber, así como por periodos de abstinencia que se intercalan entre una y otra borrachera y que pueden durar semanas y hasta varios meses. El estado de embriaguez suele prolongarse y generalmente hasta que se presenta un problema serio de orden orgánico, obligando al alcohólico a detenerse.

2. Alcoholismo inveterado.

Aquí el individuo sufre la pérdida de su libertad para abstenerse de ingerir alcohol y por ello tiene que hacerlo cotidianamente.

El criterio de clasificación que se basa principalmente en el nivel de gravedad es quizás el más empleado de todos.

Jenillek, utilizó en su clasificación ese factor, pero también las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o

¹⁸Grifeith Edwards. Tratamiento de Alcohólicos. Editorial Trillas 1986 pag. 48-51

físicas del alcohol, para proponer cinco formas diferentes de alcoholismo dándoles nombre de letras griegas:

Alcoholismo Alfa.

Esta forma traduce una dependencia exclusivamente psicológica que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas y a sus conflictos emocionales. No hay pérdida del control, ni la incapacidad para dejar de beber, tampoco se puede apreciar a una evaluación progresiva y en realidad no se trata aun de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica en el consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas de carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y frustración.

Alcoholismo Beta.

Esta se caracteriza por la complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, polineuritis y la cirrosis.

Alcoholismo Gama.

En esta clasificación de alcoholismo, ya existe dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor deja de beber por semanas o meses, pero cuando bebe siempre pierde el control.

Alcoholismo Delta.

Aqui existe dependencia física y psicológica, pero el individuo no puede abstenerse de beber ni aun por unos días.

Alcoholismo Epsilon.

Es el alcoholismo periodico, tambien llamado 'dipsomania' y no debe confundirse con el tipo gama que tiene periodos de abstinición.

Adler. 1984¹⁹. Atribuyó la causa de la adicción a sentimientos poderosos de inferioridad relacionados con un estado perpetuo de inseguridad y un deseo de huir de la responsabilidad.

¹⁹Ob-cit. Fredman y otros. Compendio de Psiquiatría, pag. 432-435

C A P I T U L O I I I .

M E T O D O .

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Explicitamente el problema del alcoholismo, que es el tema a tratar y que ha surgido de la inquietud personal de investigar algunas posibles causas a dicho problema, ya que este es un fenómeno complejo y multicausal que obedece a la intervención de diferentes variables y además de que actualmente en casi todo el mundo y en especial en México se ha incrementado un gran porcentaje de enfermos en este aspecto, a tal grado que en la última década ha ocupado un lugar preponderante entre las diez primeras causas de muerte.

En este fenómeno social de alguna manera influyen en el individuo el medio ambiente y otras variables como son la escolaridad, la edad, el estado civil, la ocupación y la cultura entre otras.

2. HIPOTESIS.

2.1 HIPOTESIS CONCEPTUAL.

La intervención de factores sociales y de personalidad influyen en el individuo para presentar problemas de alcoholismo.

2.2 HIPOTESIS DE TRABAJO.

HIPOTESIS NULA: No existen características o causas comunes entre los individuos alcohólicos.

HIPOTESIS ALTERNA: Existen características o causas comunes entre los individuos alcohólicos.

3. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Variable Independiente: Alcoholismo. Enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicossomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que se excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la conducta de beber, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo. Individuos cuya ingestión de alcohol es muy elevada como para dañar su salud, su funcionamiento personal o social o cuando se ha convertido en un prerequisite para su funcionamiento normal.

Variable Dependiente: Predisposición. Actitud o determinación de un individuo antes de recibir un estímulo esperado o en relación con un problema o situación general.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación de campo se realizó porque se cuenta con una meta formulada previamente con fines de investigación, por su planificación sistemática y porque puede comprobarse. Algunas ventajas porque a través de su observación individual es posible tener información del comportamiento directo o sea tal como ocurre, obteniéndose datos más confiables para su interpretación.

De acuerdo a los medios utilizados se contempla la observación estructural o controlada, ya que esta se vale de instrumentos de precisión para medir la calidad de lo observado o para controlar las respuestas.

4. MUESTRA.

Esta muestra fue tomada al azar considerando que fuese lo más representativa, ya que contempla aspectos similares en casi una población total y que de acuerdo con los datos estadísticos investigados en la dirección general de bioestadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto y a estudios realizados sobre alcoholismo, se contempla en su mayoría datos similares que se mencionan en este trabajo como son el grado de escolaridad, edad, sexo, estado civil, posición socioeconómica entre otros.

Se conto con 50 pacientes de los cuales 36 son del sexo masculino y 14 del sexo femenino.

5. SUJETOS.

Son pacientes de ambos sexos con una edad de entre 26 a 69 años y con una posición socioeconómica media baja.

El estado civil de esta muestra incluye a sujetos casados, divorciados y solteros.

Con diferentes ocupaciones como son: chofer, mecánico automotriz, obreros, comerciantes, empleados, secretarias, técnicos, enfermeras, laboratoristas entre otros y con niveles de estudios que van desde los que requieren adiestramiento y capacitación hasta una formación media superior y superior.

6. ESCENARIO.

La aplicación de este estudio se realizó en la clínica número 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el área de hospitalización donde ingresan pacientes con problemas de alcoholismo.

7. INSTRUMENTOS.

Para alcanzar los objetivos propuestos se mencionan y se describen los instrumentos utilizados en este trabajo y el por que de su elección.

7.1 Cuestionario para obtener los datos personales de la muestra.

7.2 Inventario Multifásico de la Personalidad.

7.3 Dibujo de la figura humana de Karen Machover.

7.4 Test gúestáltico visomotor, Bender.

DESCRIPCION.

7.1 El cuestionario que se presentó para obtener la información requerida, se aplicó con la finalidad de recoger información suficiente para formarse un juicio de la naturaleza y el grado de alteraciones psicopatológicas del paciente.

7.1.1 Nombre.

7.1.2 Estado civil.

7.1.3 Edad.

7.1.4 Sexo.

7.1.5 Número de hijos.

7.1.6 Profesión u ocupación.

7.1.7 Antecedentes familiares

- De carácter hereditario

- De carácter emocional y/o ambiental.

7.1.8 Antecedentes personales.

7.1.9 Enfermedad actual.

7.2 Inventario Multifásico de la Personalidad.

Este instrumento tuvo sus inicios cuando los Doctores Starke R. Hathaway y J.C Makinley, detectaron la necesidad de contar con un instrumento objetivo para poder evaluar la personalidad y que ademas fuera de utilidad tanto en el campo de la investigación como en el campo de la clinica.

Las frases estaban basadas en las preguntas que se hacen para la elaboración de historias clinicas tomando como guía a Binet en sus pruebas de inteligencia y a Strong en sus pruebas de intereses vocacionales construyeron escalas con las respuestas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época; estos pacientes pertenecian al hospital de la universidad de Minnesota.

Esta prueba consiste en un folleto con 566 frases algunas de tipo afirmativo y otras negativo y se acompaña con una hoja de respuestas.

Las respuestas fueron agrupadas en trece escalas básicas de las cuales tres son de validez y diez pertenecen a la clinica y la prueba en si consiste de la interpretación adecuada de estas escalas.

ESCALAS DE VALIDEZ.

El objeto de estas escalas es señalar el grado de confianza que se puede tener para hacer inferencias de la personalidad de un sujeto basandose en el perfil de la prueba. Se refiere a la actitud que asume el examinado ante la prueba, lo cual esta basado en el grado de conformidad con su grupo, en su proceso de socialización y en su estado de salud mental.

ESCALA DE FRASES OMITIDAS.

Esta escala se obtiene contando en número de frases que se dejan sin contestar y es la primera escala que se considera. En la actualidad se ha visto reducida esta escala, dado que se enfatiza al examinado que conteste todas las preguntas.

ESCALA L.

Esta se introdujo para evaluar el grado de franqueza con la cual el sujeto contesta la prueba, aunque en la actualidad tambien se le han dado interpretaciones. Algunas veces las altas puntuaciones en esta escala pueden significar una distorsión deliberada de la prueba, pero la forma de detectar esto, es que este tipo de gentes ofrecen un perfil que algunos autores denominan 'sumergidos' o sea que las escalas clínicas aparecen bastantes bajas.

ESCALA F.

Esta escala esta integrada por 64 frases que se selecciono debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy baja en esta escala. Dependiendo de la puntuación obtenida en esta escala deben interpretarse los psicogramas, ya que una escala elevada afecta a las demas, por lo tanto resulta importante considerar primeramente el valor de ésta.

ESCALA K.

Esta se combina con cinco de las escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es y Ma, con un propósito de corrección. El objeto fue diferenciar casos de sujetos que sin ningun padecimiento mostraban respuestas que les hacian aparecer como anormales y por otra parte habia personas con padecimientos mentales que parecian no tener ninguno, por lo tanto se buscaron oraciones que pudieran ofrecer un cuadro de actitud que el paciente tenia al interpretar la prueba.

ESCALAS CLINICAS.

1 HIPOCONDRIASIS (Hs).

La integración de esta escala se llevo a cabo mediante una selección de frases con las características de los hipocondriacos. Las características de personalidad del grupo de sujetos normales hombres con una puntuación alta son: sociabilidad, entusiasmo, versatilidad, amabilidad y amplia variedad de intereses.

2 DEPRESION (D).

En 1942 se presentó por primera vez la publicidad de los resultados de la aplicación del inventario con pacientes diagnosticados con sintomatología de depresión. Tal como fue utilizada por los autores , la depresión se refería a la insatisfacción con el estado general de las cosas de la vida, falta de esperanza en el futuro y decaimiento del ánimo. La población normal con una alta puntuación en esta escala pueden definirse como personas individualistas, serias, modestas, pero insatisfechas con el medio ambiente y con tendencias a preocuparse demasiado, por lo tanto con temperamento nervioso y emotivas.

3 HISTERIA (Hi).

La dificultad primordial que surgió para la derivación de esta escala fue debido a que resultaba muy difícil delinear histeria libre de otros síntomas neuróticos. Las frases utilizadas por este grupo abarcan tanto el campo referente a quejas somáticas como actitudes sociales; entre estas últimas el paciente ponía especial énfasis en aquellas que logran que se les considere socialmente adecuados. Dentro del grupo normal es más frecuente la elevación de esta escala entre mujeres que entre hombres. Las características asociadas con esta son: sentimentalismo, ingenuidad, individualidad, tiende a ser accesible y colaborador en actividades sociales, pero estas personas observan una conducta infantil que por ende, las hace mostrarse impacientes.

4 DESVIACION PSICOPATICA (Dp).

Para la derivación de esta escala se utilizaron dos grupos uno formado por pacientes del hospital de la universidad de minnesota que fueron enviados por la corte juvenil con el cual se incluian aquellos con antecedentes de robo, promiscuidad sexual, alcoholismo, mitomania, y falsificación fraudulenta y cuyo diagnóstico correspondia a personalidad psicopática de los tipos amoral y asocial. El otro grupo estaba formado por 100 reos de un reformatorio federal con un diagnóstico similar al anterior pero no todos del tipo amoral y asocial. Una puntuación alta entre sujetos normales tiene como características principales ser rebeldes no hacer caso de las reglas establecidas y se muestran agresivos y egoistas con las mujeres, pero por otra parte son entusiastas, individualistas y muy sensibles.

5 MASCULINIDAD-FEMENIDAD (Mf).

Esta escala se obtuvo al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de homosexuales y un grupo de sujetos normales. El objetivo principal fue obtener respuestas relacionadas con los intereses pertenecientes a características propias de uno u otro sexo. En una puntuación alta no es indice de practicas homosexuales o al menos no es evidente evidencia de las mismas, sino es más bien una acentuación de intereses que corresponden al sexo opuesto.

Los hombres con esta escala elevada son socialmente perceptibles, capaces de captar hábilmente y responder ante la sutilezas implícitas en las relaciones interpersonales. Esta forma de interacción nos habla de un buen juicio, razonamiento y sentido común. Asimismo se puede detectar intereses, dado que el sujeto masculino con esta escala elevada logra apreciar e interpretar positivamente las artes, la literatura, la música la cual se refiere a intereses estéticos.

6 PARANOIA (Pa).

Las frases están diseñadas con el fin de encontrar pensamientos o ideas paranoides. El criterio utilizado para clasificar este grupo fue usar diferentes categorías de pacientes paranoides principalmente estado paranoide, condiciones y esquizofrenia paranoide, ya que todas las clasificaciones tienen en común los mismos síntomas. Los sujetos con escala 6 alta son: perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en sus posturas, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, dados a preocuparse de los que otros puedan decir o pensar de ellos.

7 PSICASTENIA (Pt).

Esta escala se hizo con la finalidad de diferenciar pacientes que sufrían de dudas exageradas, observaciones y fobias, por lo tanto esta se utilizó para diferenciar casos de pacientes

con síntomas clínicos con algún grado de psicastenia de los sujetos normales. La población normal con esta escala elevada está compuesta de sujetos masculinos sentimentales, dependientes, con sentimientos de inferioridad, deseosos de agradar, indecisos, compulsivos, aunque individualistas e insatisfechos. Cuando esta escala es el punto más elevado del perfil, los sujetos son opacados, individualistas y agresivos.

8 ESQUIZOFRENIA (Es).

Esta escala se derivó de 152 proposiciones que demostró diferencias confiables estadísticamente del grupo de esquizofrenicos. Pero tambien se tuvo que modificar porque se prestaba a lo que Hathaway denominó resultados falso-positivos, los cuales son protocolos que semejan ser como los de un grupo dado, supongamos esquizofrenia, sin ser realmente de este grupo. La esquizofrenia es el grupo más difícil para poder formar un sistema de evaluación precisamente por lo complejo de está enfermedad. A pesar de lo anterior todavía es considerada de las mas debiles a pesar de la introducción de la escala de corrección K que mejoró considerablemente la operación de esta escala. El sujeto normal con puntuación alta es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño y con poco talento social.

9 HIPOMANIA (Ma).

Esta escala de excitación maniaca se encuentra en la psicosis maniaco depresiva. Para la estructuración de esta escala se utilizaron pacientes que sufrían estados confusos, delirios, agitación o con cuadros de esquizofrenia, ya que casos severos no pueden cooperar adecuadamente en la clasificación de la frase. Existen personas aparentemente normales que se caracterizan por ser entusiastas, energicas u optimistas, sin embargo sus energias son dispersas y dificilmente llegan a conclusiones satisfactorias; ademas aunque este tipo de personas se muestran generalmente felices, sus estados de ánimo pueden variar rapidamente sin algún estímulo del medio ambiente que corresponda a este cambio.

0 SOCIABILIDAD (Si).

Esta escala se refiere a la introversión - extroversión social y fue originada con sujetos normales. Las características de grupos de sujetos con puntuaciones altas corresponden a personas tímidas, inseguras, cuya inseguridad las hace mostrarse desconfiadas en sus propias capacidades por lo que los incapacita para tomar decisiones, lo cual se manifiesta con una actitud apática e inhibida y extremadamente controlada. Esto le hace sentirse inadecuados e incomodos con una situación social, lo que viene a repercutir en un sentimiento de frustración en sus relaciones interpersonales.

7.3 DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA: UN METODO DE INVESTIGAR LA PERSONALIDAD. KAREN MACHOVER.

Aun cuando los conceptos que sirven de base a la técnica del análisis por medio del dibujo, se fueron desarrollando con mas o menos independencia a través del estudio de miles de dibujos en contextos clinicos. Su formulación debe mucho a métodos ya establecidos sobre análisis de la personalidad y a la teoría psicoanalítica.

Los principios de interpretación se han ido formulando paulativamente, a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos y comparandolos con la historia clínica del sujeto, con datos complementarios del test, así como con ideas psicológicas.

La puntuación del test de la figura humana es esencialmente cualitativa y comprende la preparación de una descripción compuesta de la personalidad, partiendo del análisis de numerosas características de los dibujos. Entre los factores que se consideran a este propósito están el tamaño relativo, las figuras del varón y hembra, su posición en la cuartilla, la calidad de las líneas, las secuencias de las partes dibujadas, la postura, la representación de frente o de perfil, la posición de los brazos, el traje y los efectos de fondo y de suelo. Se dan interpretaciones especiales a la omisión de diferentes partes del cuerpo, desproporciones, sombreado, número y distribución de detalles, rectificaciones, simetría y otras características de estilo. También existe un examen detallado de la significación de cada

parte importante del cuerpo: cabeza, rasgos faciales del individuo, cabello, cuello, hombros, pecho, tronco, caderas y extremidades.

La guía interpretativa del test de la figura humana (K.Machover) abunda en vastas generalizaciones tales como \\ las cabezas desproporcionadamente grandes que las dibujan los individuos que sufren de alguna enfermedad cerebral u orgánica// o \\ al sexo al que se le da una cabeza proporcionalmente mayor, es el que se le concede mayor autoridad intelectual y social//. Se hace referencia a un archivo de miles de dibujos examinados en contextos clínicos y se sitúan con fines ilustrativos algunos casos seleccionados, sin embargo ninguna presentación sistemática de datos acompaña al informe de los test publicados. Machover 1949.

Es decir, por medio del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámico como nosológico. Lo que cada persona dibuja está íntimamente relacionado con los impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones característicos de su propia personalidad.

'MACHOVER 1963 afirma que los aspectos estructurales y formales del dibujo, tamaño, colocación y líneas, están menos sujetos a variabilidad que el contenido, tales como los detalles de accesorios, vestido y cuerpo. Asevera también que los individuos despliegan consistentemente características tales como; dimensiones, colocación, tipo de líneas, posición, proporción corporal, compulsiones simétricas, borraduras, sombreado y tendencias a lo incompleto.

ASPECTOS DE CONTENIDO, ESTRUCTURALES Y FORMALES DE LOS DIBUJOS.

K MACHOVER. Hace hincapié en que al interpretar el dibujo debe considerarse a los patrones de rasgos de él, pero sugiere que los tipos particulares de tratamiento de cada parte del cuerpo tiene un significado diferente.

- CABEZA. Centro fundamental de la ubicación del ser, con función de relación social. centro de poder intelectual del equilibrio social y de control de impulsos del cuerpo.
- CARA. Parte de la expresión del cuerpo, centro de la comunicación, expresión facial.
- BOCA. Se proyecta como órgano específico de perversión sexual como zona erótica, sensual, de agresión y de comunicación.
- LABIOS. Constituye el tono de la expresión facial.
- OJOS. Se refiere a la comunicación social, son el contacto con el mundo exterior.
- CEJAS. Tiene el mismo significado que el pelo.
- PELO. Relacionado con el símbolo sexual, con necesidades sexuales e indirectamente con la vitalidad y virilidad sexual.
- NARIZ. Esencialmente posee símbolo sexual y el énfasis en sus ventanas indica rasgos de agresión.
- OREJAS. Constituye los órganos claves de concentración funcional y social.
- CUELLO. Zona de control de impulsos por parte de la razón.

MANOS Y

CUELLO. Funcionalmente se relaciona con el YO y la adaptación social, revelan aspiraciones, confianza, eficiencia, agresividad y culpabilidad sobre actividades interpersonales y sexuales.

PIERNAS. Estas mantiene la estabilidad especial del cuerpo y el contacto con el ambiente.

TRONCO. Indica agresividad o bien femeneidad, masculinidad o preocupaciones corporales.

SENOS. Relación con la madurez psicosexual.

HOMBROS. Expresión de poder y de perfección física.

CINTURA. Retraimiento, inhibición; puede ser también un centro de control de impulsos.

INDICACIONES ANATOMICAS.

Los órganos internos no son dibujados generalmente, excepto por pacientes esquizofrénicos o pacientes maníacos.

ARTICULACIONES.

Indican fortaleza, dependencia o inmadurez psicosexual y preocupación somática.

VESTIMENTA.

Tiene un significado libidinoso y constituye el nivel más superficial de la personalidad; en ocasiones puede ser agresión.

ASPECTOS ESTRUCTURALES Y FORMALES.

SUCESION. El orden en que se realizan las partes de los dibujos.

SIMETRIA.

Indica rigidez, preocupación por el cuerpo y sentimiento de inferioridad.

LINEA MEDIA.

El énfasis en la línea media puede indicarse mediante una línea que baja en medio del cuerpo o un tratamiento elaborado de la manzana de adán, la corbata, los botones, la hebilla o la bragueta de los pantalones indican preocupación somática, sentimientos de inferioridad del cuerpo, inmadurez emocional y dependencia de la madre.

TAMAÑO Y COLOCACION.

Se relaciona con la parte de la fantasía, el grado de autoestima real o la expansividad del sujeto; la colocación corresponde a la posición que el sujeto se atribuye en su circunstancia.

PERSPECTIVA.

Indica el grado de autoexpansión, la fachada que el sujeto presenta al mundo.

TIPO DE LINEA.

Puede ser solida, quebrada, fragmentada, reforzada, fina, gruesa, se piensa que la línea que delimita el contorno del cuerpo.

INDICADORES DE CONFLITO.

BORRADURAS.

Las borraduras pueden considerarse como una expresión de ansiedad.

SOMBRAMIENTO.

Es indicación de ansiedad y agresión.

TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LA FIGURA MASCULINA-FEMENINA.

Brinda información sobre la actitud respecto al sexo contrario, respecto al propio sexo y a las identificaciones psicosexuales. K. Machover 1963.

7.4 TEST GUESTALTICO VISOMOTOR, BENDER.

Dentro de la línea de ideas y de la orientación metodológica de la gestalt, Lauretta Bender, una de las más grandes figuras de la psiquiatría norteamericana, construyó su test gwestáltico viso motor, brevemente conocido como B G. (Bender Gestalt).

El test clínico del bender consiste simplemente en pedirle al sujeto que copie 9 figuras dadas y en analizar y evaluar a través de las reproducciones así obtenidas, cómo ha estructurado el sujeto esos estímulos perceptuales.

L.Bender, define la función gúestáltica como "aquella función del organismo integrado por lo cual este responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt". La integración no se produce por adición, sustración o combinación, sino por diferenciación o por aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su cuadro. Es el cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo lo que determina el patrón de respuesta. Sobre esta tesis, Bender concibió la posibilidad de utilizar una constelación estimulante dada en cuadros más o menos similares con el fin de estudiar la función gúestáltica en las distintas condiciones integradores patológicas de los diferentes desórdenes orgánicos y funcionales, nerviosos y mentales.

CARACTERISTICAS.

El nombre del test de Bender - Visual Motor Gestalt, señala ya su ubicación en la familia psicométrica. En efecto, por una parte pertenece al grupo de los test visomotores y por la otra al grupo de los test gúestálticos.

APLICACIONES.

El B.G. es un test clínico de numerosas aplicaciones psicológicas. Demostró poseer un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores tanto en niños como en adultos.

Examen de la patología infantil. La prueba ha brindado resultados interesantes en la esquizofrenia infantil y suministra informaciones útiles a los fines del diagnóstico con la debilidad mental y de las demencias infantiles. (Heuye, Lebovici).

Examen de la patología mental de los adultos, el test es susceptible de diferenciar:

- a. Retrasos globales de maduración.
- b. Incapacidades verbales específicas.
- c. Fenómenos de disociación que perturban el conjunto de la personalidad.
- d. Desórdenes de la impulsión.
- e. Desórdenes perceptuales.
- f. Desórdenes confusionales.

MOTIVO POR EL CUAL SE UTILIZARON LOS INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS ANTES CITADOS.

a. Los inventarios de personalidad se consideran como un método útil para describir individuos en forma rápida y general. Por

su facilidad en su aplicación, ocupa poco tiempo para llevarse a cabo y permite que sea utilizado en forma colectiva, por lo que son recomendables en industrias, escuelas y en ciertas investigaciones.

b. Estos instrumentos han probado una alta confiabilidad y validez.

c. El inventario de personalidad MMPI., con este instrumento se han podido estudiar a esquizofrénicos, neuróticos, pacientes con lesión cerebral, alcohólicos entre otros, por lo que tiene una amplia aplicación en el campo clínico.

d. En cuanto a las pruebas proyectivas y cuando el objetivo es tener información profunda sobre la personalidad del individuo estas son las más recomendables, puesto que la persona no encuentra restricciones para expresarse libremente (ya que la situación de prueba en estos casos produce poca ansiedad) y la información que se obtiene por éste medio, no se restringe solamente a respuestas concretas ante los estímulos, sino también se conocen los tipos y consecuencias de las mismas a través del "rapport" que se crea ante el psicólogo y el sujeto examinado. Además las pruebas proyectivas permiten captar mejor a la personalidad debido al análisis dinámico en la misma.

e. Finalmente estos instrumentos fueron utilizados, porque se está familiarizado con su administración y calificación, porque pueden aplicarse individualmente o en grupo con las mismas

indicaciones, porque tienen numerosas aplicaciones psicológicas y además porque estos son instrumentos estandarizados y que han brindado interesantes resultados clínicos. Así puede concluirse que la decisión de cuál prueba brinda mayor información psicológica al aplicarse, es un poco difícil de contestar, ya que tanto las pruebas proyectivas como los inventarios proporcionan cada uno, datos adecuados y pertinentes para lo cual fueron contruidos y la elaboración y usos de ellos dependerá del psicólogo el cual habrá de determinar que prueba(s) serán convenientes de aplicar al considerar el tipo de datos o información que desee obtener.

8. PROCEDIMIENTO.

Al realizar este estudio se siguieron los pasos que se describen a continuación:

- a. Se establecieron las políticas a seguir y el apoyo de la clínica 10 del I.M.S.S.
- b. En el área de hospitalización se conoció las instalaciones y a casi todos los pacientes que son de ambos sexos, con diferentes edades, oficios, tiempo de ingesta, fecha de ingreso, nivel de estudios y otros datos para que con esto se facilitara el 'rapport'.
- c. Se conto con dos psicólogos clínicos que en algunas ocasiones prestaron su ayuda para la aplicación de los exámenes.
- d. Se trabajo los sabados y domingos con tres horas

aproximadamente para ajustarse a las necesidades de los internos y con más de medio año en su aplicación.

e. Se procedió a explicar detalladamente el objetivo del estudio, de su duración y las indicaciones para contestar cada uno de los instrumentos que se relacionan:

- Aplicación del cuestionario que consta de dos hojas, entregándose un lápiz, un borrador (goma) y con sus instrucciones al respecto. Una vez que concluyeron este instrumento, se entrevistó a cada uno de ellos para escribir alguna respuesta que habían dejado sin contestar o explicar posibles dudas sobre las mismas.

- El segundo instrumento que se aplicó fue el Inventario Multifásico de la Personalidad (566) Se entregó un cuadernillo con una hoja de respuestas y se procedió a leer las instrucciones y explicar detalladamente el procedimiento para contestar. (dadas las características de cada paciente y el contenido del M.M.P.I., éste tuvo que aplicarse en varias sesiones.

- El tercer instrumento fue el test proyectivo de la figura humana. se administró 2 hojas blancas, un lápiz borrador (goma) y se indicó que dibujasen una figura humana completa, el observador procedió de acuerdo a las indicaciones establecidas.

- El último instrumento en su aplicación fue el test

visomotor Bender. Se administro un juego de 9 tarjetas, un lápiz, un borrador y se indico a los pacientes que copiasen los dibujos que se presentan en las tarjetas lo más idénticos que les sean posible.

f. Hubo pacientes que por causas desconocidas ya no se presentaron para terminar su estudio, por lo que fueron sustituidos inmediatamente por otros pacientes.

g. En la realización de estos exámenes pudo observarse lo siguiente:

- Hubo resistencia en la realización de algunos instrumentos.
- Preguntaron si algunas respuestas podían quedar sin contestar (dando la explicación al respecto).
- Hubo comentarios e incluso bromas al contestar sus instrumentos.
- Aparentemente acatamiento de la situación.
- Inquietud y curiosidad por conocer los resultados.

h. Finalmente se realizó la calificación de las pruebas que fue manualmente y para describir los resultados de acuerdo al manejo estadístico que se detalla a continuación.

9. MANEJO ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.

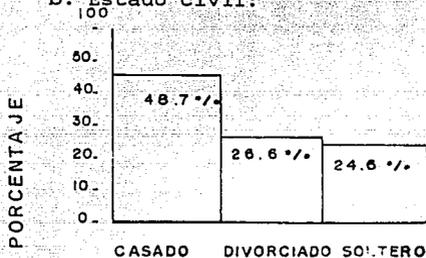
9.1 DATOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LA MUESTRA. ESTE

INSTRUMENTO SE DIVIDE EN 4 ASPECTOS:

9.1.2 Datos de afiliación o identificación.

a. Nombre: Anónimo.

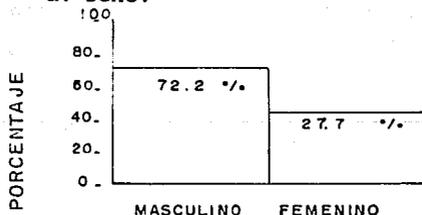
b. Estado civil:



Gráfica 1

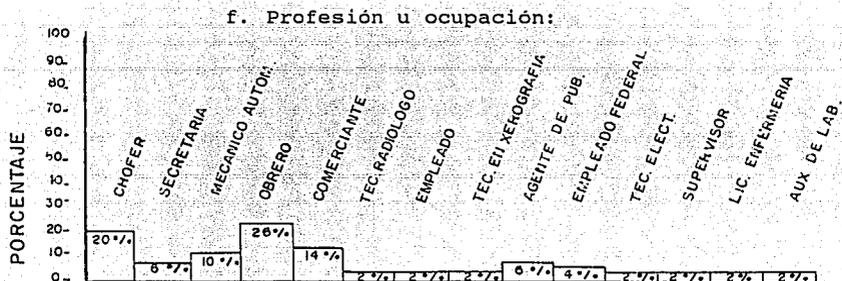
c. edad: 26 a 69 años. $X = 41.6$ años.

d. Sexo:

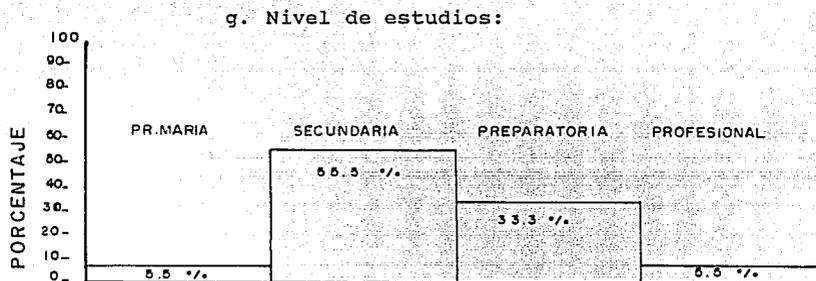


Gráfica 2

e. Número de hijos: 1 a 8 $X = 2.7$

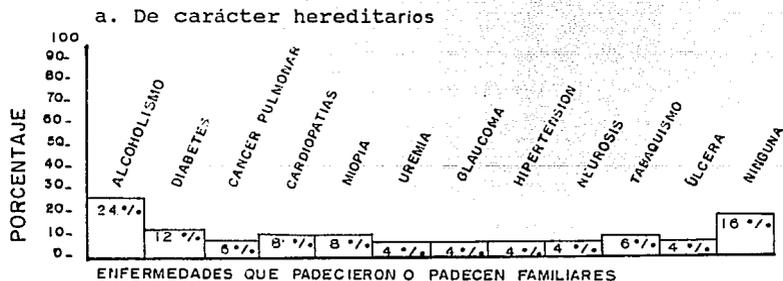


Gráfica 3

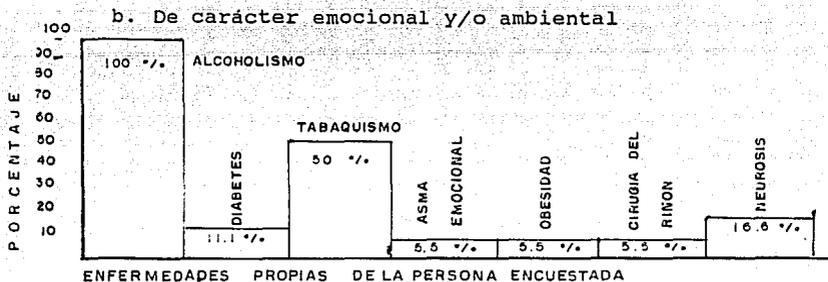


Gráfica 4

9.2 ANTECEDENTES FAMILIARES:



Gráfica 5

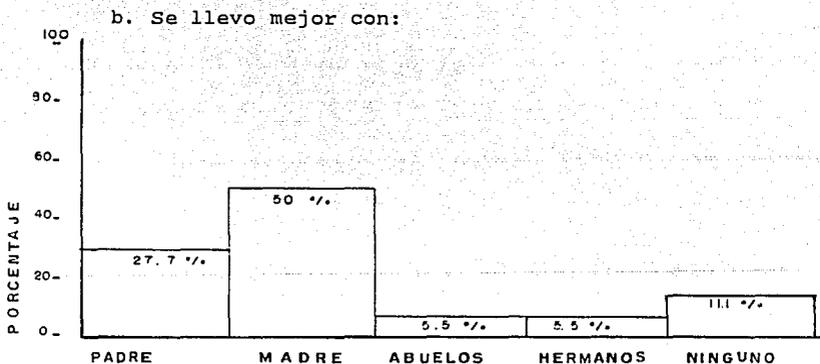


Gráfica 6

9.3 ANTECEDENTES PERSONALES Y BIOGRAFICOS.

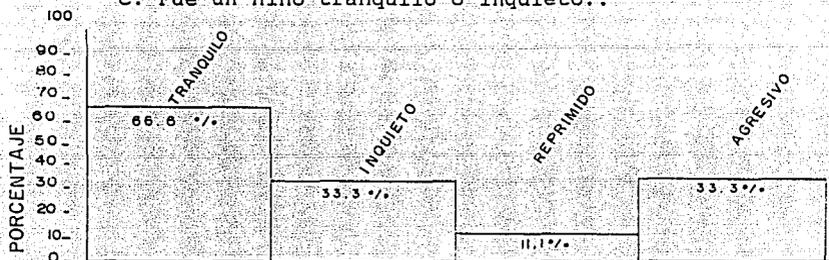
a. Su nacimiento fue normal o tuvo algún problema.

NORMAL.



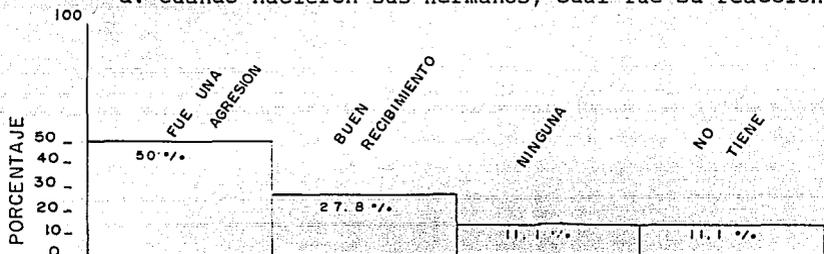
Gráfica 7

c. Fue un niño tranquilo o inquieto..



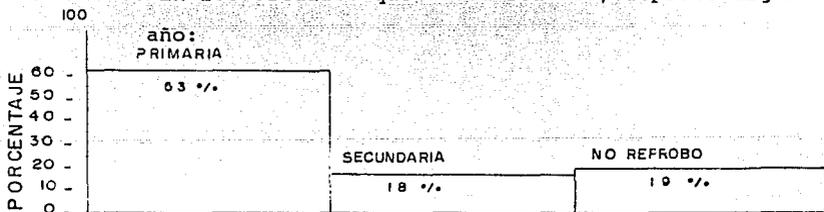
Gráfica 8

d. Cuando nacieron sus hermanos, cual fue su reacción:



Gráfica 9

e. En los estudios que usted realizó, reprobó algún



Gráfica 10

f. Explique brevemente como fue su etapa de la adolescencia:

- EL 83.2% de la población vivió la etapa de la adolescencia con una serie de complejos, de frustraciones, de problemas físicos y de agresiones con su medio ambiente, así mismo, con timidez e inseguridad para enfrentarse con éxito a sus tareas.

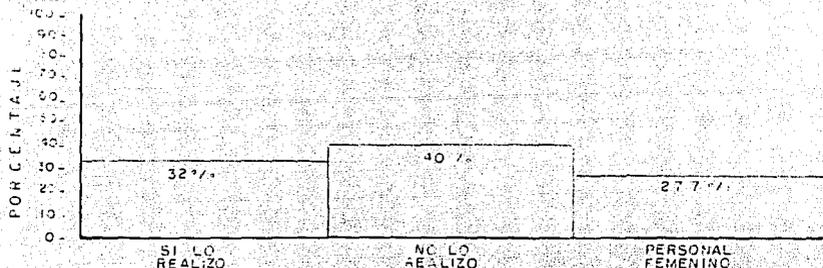
- El 43.7% menciona que llevaron una vida muy aprisa conviviendo con gente mayor y trabajando desde muy pequeños para cubrir cuando menos sus necesidades primarias.

- El 17.2% mencionan que esta etapa no fue agradable, ya que algunos perdieron a sus padres, otros no vivieron con ellos y esto les fue creando una postura de temor, de angustia, de odio y de soledad.

- El 11.5% mencionan que afortunadamente fue una etapa agradable, sociable, con ciertas libertades y que no hubo problema.

Lo anterior y en cierta forma, esto demuestra que las causas del alcoholismo entre otras, es ocasionado por carencias afectivas en la infancia y/o adolescencia, por las frustraciones, por carencias económicas, por las agresiones recibidas por los padres u otros familiares y por el medio en que ellos crecieron.

g. Realizó su servicio militar nacional (masc).



Gráfica 11

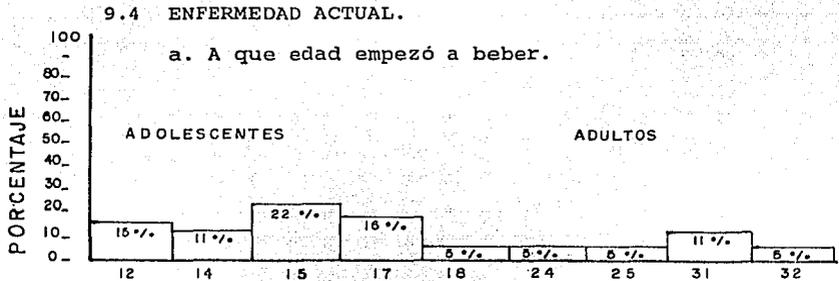
h. Se siente satisfecho por lo que usted ha realizado:

El 27% mencionan que se sienten satisfechos, aunque existen algunos casos por concluir.

El 73% mencionó que no se sienten satisfechos por lo siguiente; que su vida ha estado llena de frustraciones, de carencias afectivas y de poco apoyo moral por parte de los padres y familiares. Además otros presentan sentimientos de autodevaluación, falta de motivación, problemas matrimoniales, problemas escolares y de trabajo.

En estos cuestionarios se encontró diferentes tipos de antecedentes hereditarios, unas veces el padre fue o es alcohólico o bien el alcoholismo se encuentra en algún otro miembro de la familia como el tío, el abuelo, el primo, etc. Además hay alcohólicos en los cuales no se encuentra ningún otro miembro de la familia con el mismo problema y es común que el padre alcohólico no

tiene hijos con esta enfermedad, aclarando que los padres alcohólicos pueden tener hijos que resultan alcohólicos, pero esto no quiere decir que hayan heredado la enfermedad.



Gráfica 12

b. Cuales fueron las causas o motivos que lo inclinaron hacia la bebida.

Las causas o motivos son: problemas de identificación sexual, falta de comprensión, falta de apoyo, falta de afecto y de confianza en si mismo.

Por otro lado, porque el medio donde se desenvuelve el individuo es muy propicio para empezar a beber, ya que se convive con familiares que presentan el mismo problema de alcoholismo. Tambien para liberarse de traumas, de complejos, de sentimientos de inseguridad, por tener una personalidad negativa, por la falta de aceptación de uno mismo, por los problemas conyugales, sexuales, o simplemente se bebe por gusto.

c. a parte de tomar fuma: El 83.6% de los pacientes combinan la bebida con el cigarro, el resto 16.3% no fuma.

d. Cuando usted toma o tomaba lo hacia solo o acompañado: El 75.7% de los bebedores lo hacen con mayor frecuencia acompañados y el 24.2% solos, pero de una u otra forma la dependencia y el daño que causa el alcohol agrava la situación de cada individuo.

e. Esta enfermedad que usted presenta se la atribuye a alguien o a otra causa: El 53.8% le atribuyen a que tienen familiares con el problema del alcoholismo, a las predisposiciones, por sentimientos negativos hacia alguno de los padres o a la muerte de alguno de ellos y por el medio ambiente. El 28.3% menciona que es por tener problemas matrimoniales, por el divorcio, por el adulterio y por desadaptación al medio. El 17.8% menciona que es por la violaciones, por tener problemas matrimoniales, por el machismo, por la timidez, porque motiva, porque se reciben golpes, traumas y porque los padres estan neuróticos.

f. Tiene usted algún pariente o familiar que presente el mismo problema: El personal encuestado tiene familiares que ademas de presentar problemas de alcoholismo cuentan con otras enfermedades que quizas a causa del alcohol se han presentado (cardiopatias, cáncer pulmonar, cirrosis, diabetes, etc).

9.2 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI).

Características de los perfiles:

Para interpretar los resultados en este instrumento multifásico de la personalidad, se tomo como punto de referencia el nivel central de la puntuación de T-50 que representa la media aritmética obtenida para cada una de las escalas básicas., ya que los perfiles que se encuentran cercanos a esta puntuación son los que se han denominado perfiles de elevación normal. Este tipo de perfiles no se encuentran en la población psiquiátrica, aunque algunos investigadores señalan que han encontrado perfiles normales en 2% de varios grupos anómalos (MMPI-1979).

Con base a lo anterior se procedió a interpretar los perfiles de la muestra estudiada, obteniendose los porcentajes por escala e interpretandolos de acuerdo al nivel en que caen cada uno de los pacientes.

Esta interpretación se hizo por separado correspondiendo al 72.2% al sexo masculino y 27.7% al sexo femenino.

ESCALAS DE VALIDEZ: L, F y K.

ESCALA L.

En esta escala el porcentaje correspondiente al sexo masculino (72.2%) no hubo distorsión al contestar la prueba, pero de acuerdo a los diferentes niveles que caen dentro de la media aritmética T-50, son personas que se muestran con cierta confianza

en sí mismos, con independencia y con cierta fluidez verbal y comunicativos; aceptando fallas sociales. Lo anterior como una necesidad de comunicar algún padecimiento o tendencia a negar otras limitaciones psicológicas. En el sexo femenino (27.7%) solamente el 11.1% se encontró una ligera desviación para contestar con franqueza y con fines de presentar una posición favorable ante los demás.

ESCALA F.

En esta escala tanto pacientes del sexo masculino como femeninos, caen por arriba de la media aritmética, presentando motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas, incompetentes, mentalmente enfermas o que buscan la manera de evitar responsabilidades extremas. Además son constantemente insatisfechas e incorformes.

ESCALA K.

En esta escala se resume con el factor K agregado. Aquí para ambos sexos se encontró que son personas que tienen un concepto inadecuado de sí mismos, empobrecido y lleno de insatisfacciones en relación a sus habilidades.

ESCALAS CLINICAS: Hs-1, D-2, Hi-3, Dp-4, Mf-5, Pa-6,
Pt-7, Es-8, Ma-9 y Si-0.

ESCALA Hs - 1.

En esta escala para ambos sexos caen por arriba de la media aritmética T-50, describiendose como personas que expresan preocupación significativa sobre su salud, tendiendo a realizar sus dificultades y pueden en realidad controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

ESCALA D - 2.

Dentro de esta escala hubo diferentes niveles que caen por arriba de la media aritmética, especificandose de acuerdo a su puntuación y porcentaje: del 72.2% correspondientes al sexo masculino, el 6.6% se observo que son personas con perspectivas de la vida dentro de un "equilibrio" de optimismo y se caracterizan por tener energia disponible. El 16.6% se encuentran personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas. El 49.0% ya presentan un nivel de depresión clinicamente significativa, preocupandose por minuciosidades y con conducta indecisa y aislamiento, ademas de anorexia e insomnio. En lo que corresponde al sexo femenino (27.7%) el 11.1% se encontró que existen estados depresivos leves y el 16.6% restante, cae en los niveles de depresión clinicamente significativos, con preocupación extrema y pesimismo que se caracteriza por la indecisión, insomnio y por los sentimientos de inutilidad.

ESCALA Hi - 3.

En esta escala el 53.6% cae por arriba de T-50 y se caracterizan por presentar dificultades en sus relaciones interpersonales que pueden ser por su conformismo y carencia en el tacto social o porque son socialmente aislados, además son personas egoistas que generalmente sienten la necesidad de percibirse en forma favorable. El 16.6% presenta inmadurez, egocentrismo, sugestibilidad y exigencia, son personas con características histeroides y con mecanismos de defensa depresivos. En lo que corresponde al sexo femenino 27.7%, solamente el 16.6% sugiere personas egoistas, con características histeroides que necesitan percibirse en forma favorable, con dependencia, inmadurez social e incapacidad para manejar la vivencia de hostilidad hacia los demás, existiendo la necesidad de afecto, de apoyo, de atención y presentando en algunos casos molestias somáticas, cefaleas, mareos y otros dolores físicos.

ESCALA Dp - 4.

En esta escala el personal cae en diferentes niveles y por arriba de la media aritmética. El 16.6% son personas en las que existe cierto grado de dificultad en la aceptación de las normas establecidas, además son independientes e incorfomes. El 55.6% presenta un cuadro de personalidad psicopática que comprende a individuos inconformes, rebeldes, con poca tolerancia a la frustración, insatisfechos, oportunistas y con problemas de adaptación a su medio ambiente. Además de que carecen de juicio

social y son incapaces de beneficiarse de sus experiencias; la conducta antisocial y conflicto con las figuras que representan la autoridad pueden convertirse en un problema serio. En este nivel tambien cae el 27.7% que corresponde al personal del sexo femenino.

ESCALA Mf - 5

En esta escala el 50% de los pacientes masculinos, caen por arriba de la puntuación normal T-50, los cuales se caracterizan por intereses estéticos, son imaginativos, sensibles y tendientes a apartarse de los intereses masculinos estereotipados de una cultura. El 22.2% presentan características feminoideas, son pasivos y sumisos que pueden tener grandes intereses artisticos. El 27.7% que corresponde al personal femenino, caen por arriba de la media aritmética, las cuales presentan características de ser seguras de si mismas, capacidad de competencia y de gran actividad.

ESCALA Pa - 6

En esta escala el 22.2% masculino, caen dentro de la media aritmética T-50, y se caracterizan por ser personas flexibles, alertas y astutas. El 38.8% caen por arriba de la media, presentandose cierta rigidez, sentimientos de limitaciones y presiones ante aspectos sociales y vocacionales de la vida, son desconfiados y expresan hostilidad en forma directa. El 11.2% ya presenta como rasgo prominente la proyección de culpa y de hostilidad; son personas rigidas, muy sensibles, obstinadas y dificiles de entenderse con ellos, desconfiados e interpretan inadecuadamente los estímulos sociales, presentan rasgos

paranoides. El 27.7% restante corresponde al personal femenino que caen por arriba de la media aritmética y expresan desconfianza, resentimientos acerca de males o imaginarios que piensan que se les hacen, con rigidez, hipersensibles y capaces de expresar hostilidad indirecta.

ESCALA Pt - 7

En esta escala que corresponde el 72.2% del personal masculino, el 5.5% caen dentro de la media aritmética, presentandose como personas con capacidad adecuada para organizar trabajos y con actitudes positivas. El 22.2% caen por arriba de la media, presentando características como orden, responsabilidad, autocrítica y preocupaciones por los problemas más insignificantes. El 27.7% se presentan como personas sumamente preocupadas, moralistas, aprensivos, rígidos, meticulosos e insatisfechos con sus vidas y con sus relaciones sociales. Al realizar sus actividades lo hacen con cierta tensión por lo que hace más difícil aun vivir tranquilamente. El 16.6% ya presentan temores, compulsión o fobias, sentimientos de culpabilidad y rigidez extrema para realizar sus actividades rutinarias. además presentan inseguridad, sentimientos autodevaluativos, así como sensibilidad e ineficiencia general. Del 27.7% que corresponde al personal femenino, el 16.6% caen por arriba de la media aritmética, presentandose como personas ordenadas, responsables, con autocrítica y con preocupaciones por problemas insignificantes. El 11.1% son personas muy preocupantes, moralistas, aprensivas, rígidas e insatisfechas con sus vidas y con sus relaciones sociales. Sus actividades son realizadas con mucho

esfuerzo a causa de su rigidez por lo que les es difícil vivir tranquilamente.

ESCALA Es - 8

En esta escala se obtuvieron varios niveles y por encima de la media aritmética. Del 72.2% que corresponde al personal masculino el 5.5% son personas que presentan una combinación de intereses teóricos y prácticos. 5.5% tienden hacia intereses abstractos y abandonan el interés por las personas y en asuntos prácticos. Además son personas solitarias y se relacionan en forma superficial. EL 61.2% Mayor porcentaje en esta escala, presenta mentalidad esquizoide; son introvertidos, se relacionan muy pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones de la realidad. Además presentan impulsos inaceptables buscando realización en sus fantasías. también existen desórdenes del pensamiento, confusión, creencias y actividades raras por lo que este grupo es caracterizado por necesidad de ayuda. El 27.7% que corresponde al personal femenino, el 11.1% cae por arriba de la media y tienden hacia intereses abstractos y abandona el interés por las personas y asuntos prácticos, se relacionan superficialmente. EL 16.6% mentalidad esquizoide, tienden a la introversión, relacionándose muy pobremente y evitando la realidad. Existen desórdenes del pensamiento, confusión y creencias o comportamiento raro. También este grupo se caracteriza por necesidad de ayuda.

ESCALA Ma - 9

En esta escala se obtuvieron diferentes niveles que caen por arriba de la media aritmética T-50. El 38.8% el cual son personas "normales", es decir, cuya actividad y energia es característica de personas sanas. El 11.1% Se encuentra que son personas energicas, entusiastas, que tienen particularidad de ser amables y con buen temperamento. El 16.6% se encontró que existe la probabilidad de una desadaptación hiperactiva con agitación marcada, se irritan con facilidad y se muestran agresivos ante las más minima frustración. En este nivel las relaciones interpersonales se dan en forma superficial. El 5.5% Se observo en este grupo conducta maniaca, caracterizandose porque se distraen con facilidad, muestran hiperactividad extrema, hablan y caminan en una forma rapida, sus ideas son difusas, presentan sentimientos megalomaniacos y se creen sumamente importantes. En cuanto se refiere al personal femenino el 5.5% son personas "normales" cuya actividad y energia es característica de personas sanas. El 16.7% son personas energicas, entusiastas y tienden a ser amables y con buen temperamento. El 5.5% restante, tambien presentan como el personal masculino desadaptación hiperactiva con agitación marcada y se irritan con facilidad ante la mas minima frustración.

ESCALA Si - 0

En esta escala la puntuación es la misma para hombres como para mujeres. El 44.4% de este nivel caen ligeramente por encima de la media aritmética y son personas "normales" que se caracterizan

por tener cierta capacidad para establecer una relación social. El 33.3% con una elevación mas separada de la media, son personas reservadas, introvertidas, dificiles de conocer y aparentemente timidas en situaciones sociales que le son extrañas. El 22.2% se encuentran pacientes como socialmente inadaptados, introvertidos, solos y ansiosos en su relación social, se preocupan en forma intensa y carecen de confianza en si mismos.

PERFIL MASCULINO DE ACUERDO A SU MEDIA ARITMETICA.

Las características generales que se encuentran en el perfil global de los pacientes masculinos, es que son individuos con inteligencia limitada, convencionales, pasivos e inseguros, rigidos y carentes de comprensión de sus propios problemas. Las respuestas que ofrecen no son necesariamente con fines de presentar una posición favorable ante los demas, sino mas bien puede ser que estos sujetos tengan una firme creencia en sus propias virtudes, lo cual podria ser indice de una falta de adaptación y de poca tolerancia a la frustración. Además, presentan motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas e incompetentes buscando, asi de alguna manera evitar responsabilidades. Existe un concepto inadecuado de si mismos. Estas personas se relacionan en forma superficial con los demas. En lo que respecta a sus actividades diarias, son realizadas con dificultad debido a estados ansiosos y de tensión. Tambien presentan problemas con su grupo social, lo cual se refleja porque son personas rebeldes, resentidos e inconformes y con poco control de impulsos. En ocasiones llegan a experimentar cierto interes o preocupación por su salud, así como

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

M
Masculino

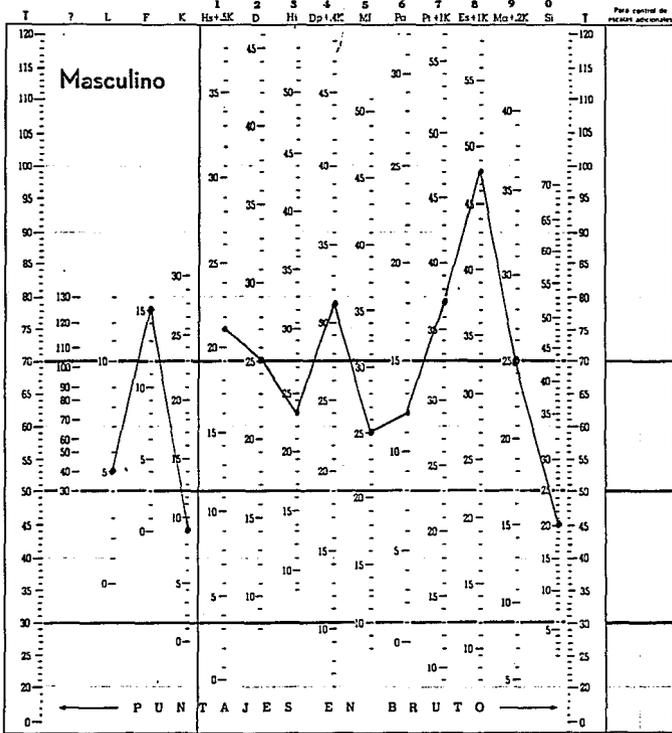
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
1	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

811174192360 (59)° 5: 15:9

PERFIL GLOBAL DE LOS SUJETOS MASCULINOS DE ACUERDO A SU MEDIA OBTENIDA.

Puntaje en bruto	<u>5</u>	<u>15</u>	<u>9</u>	<u>16</u>	<u>25</u>	<u>23</u>	<u>27</u>	<u>25</u>	<u>12</u>	<u>23</u>	<u>39</u>	<u>23</u>	<u>20</u>	---	---
Agregar factor: K		<u>5</u>					<u>4</u>				<u>9</u>	<u>9</u>	<u>2</u>	---	---
Puntaje corregido		<u>21</u>					<u>31</u>				<u>37</u>	<u>48</u>	<u>25</u>	---	---



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

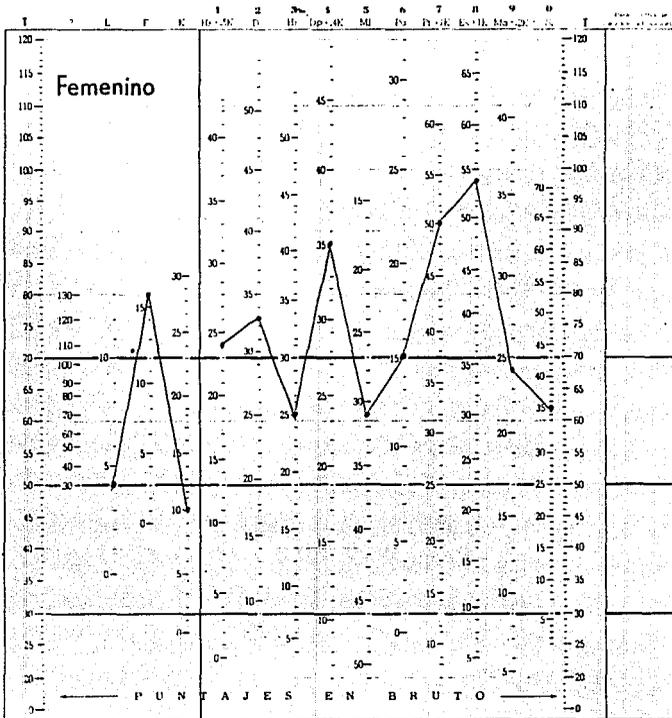
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

K	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

87° 14' 21" 6903 (61)° 4: 16:10

PERFIL GENERAL DEL PERSONAL FEMENINO DE ACUERDO A LA MEDIA OBTENIDA.

Puntaje en bruto 4 16 10 19 33 25 31 21 15 40 44 22 35
 Agregar factor K 5 1 10 10 2
 Puntaje corregido 24 33 50 54 34



Firma _____ Fecha _____

rasgos depresivos. Ofrecen la posibilidad de un pronóstico favorable.

PERFIL GLOBAL FEMENINO DE ACUERDO A SU MEDIA ARITMETICA.

Las características de este perfil que corresponde al grupo femenino, se encontró que son personas que aceptan sus fallas sociales, existiendo la postura o la necesidad exhibicionista en comunicar algún padecimiento o falta que puede ser debido a una tendencia a negar otras limitaciones psicológicas. Presentan un concepto inadecuado de si mismas. Este perfil describe demasiada preocupación, dependencia, pasividad e inseguridad. Son personas muy nerviosas y carecen de patrones de defensa establecidos. Sus relaciones interpersonales se dan en forma superficial y tienen una gran preocupación por lo sexual. No se enfrentan con sentido común y responsabilidad a sus propios problemas. Presentan rasgos característicos de una personalidad de tipo esquizoide, pero son capaces de logra una adaptación marginal. Son personas que no se benefician de sus experiencias por lo que en ocasiones tienen problemas con la figura de autoridad debido a su comportamiento y que puede convertirse en un problema serio. Asi mismo, solo se interesan en los demas cuando los pueden utilizar o explotar para el logro de sus propios intereses. Su pronóstico es poco favorable.

9.3 DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA. CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD.

El análisis de los dibujos es igual que otras técnicas

proyectivas, requiere que el psicólogo clínico posea conocimientos acerca de los dinamismos de la personalidad, tanto en lo que respecta al desarrollo normal como en cuanto a las desviaciones de de la normalidad.

En este test proyectivo cabe señalar que a pesar de algunas dificultades en su calificación, esta prueba es un instrumento de calificación un poco subjetivo y sin protocolo estandarizado.

Los principios de interpretación se han ido formulando paulativamente a partir del estudio de determinados rasgos de los dibujos, con datos complementarios del test y con las ideas psicológicas.

Así mismo, para la interpretación de este test, se revisaron algunos trabajos bibliográficos sobre el tema de alcoholismo, revisión de casos de alcoholismo y farmacodependencia que causan trastornos de personalidad con el uso del DSM III Rafael Nuñez 1985 en donde se hizo uso de este test, señalando los rasgos de personalidad que los pacientes presentan por el problema de alcoholismo., estos rasgos son los siguientes:

Sentimiento de inseguridad.

Agresión.

Sentimientos de culpa.

Fantasia.

Ansiedad.

Introversión.
Problemas con la autoridad.
Dependencia.
Insatisfacción.
Irritabilidad.
Evasión.
Ambivalencia.
Baja tolerancia a la frustración.
Hostilidad.
Rasgos suicidas.
Problemas de identificación psicosexual.
Aspectos autodestructivos.
Problemas de adaptación.
Egocentrismo.
Pasividad.
rasgos sociopáticos.
Desconfianza,
Pérdida de la autoestima.
Impulsividad.
Timidez.
Regresión.
Stress.
Daño cerebral.

Apoyandose en lo expuesto anteriormente, se mencionan las características con sus porcentajes encontrados en la aplicación de este test proyectivo. La forma para calificar este instrumento fue de acuerdo a lo establecido en la guía de evaluación contemplada en

el manual del test proyectivo de K. Machover, para describir los rasgos de personalidad más sobresalientes.

Agresion oral	22.2%
Angustia	66.6%
Inseguridad	56.6%
Dependencia	55.5%
Pasividad	27.5%
Introversión	56.6%
Timidez	38.7%
Sentimientos de culpa	33.3%
Energia reprimida	38.7%
Evasion	33.3%
Falla control de impulsos	55.5%
Baja tolerancia a la frustración	57.5%
Problemas adaptación	52.6%
Insatisfacción	56.6%
Irritabilidad	37.8%
Pérdida de la autoestima	36.7%

9.4 TEST VISOMOTOR - BENDER.

TECNICA DE PASCAL SUTTELL PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE SANO Y ENFERMO EN SUJETOS DE 15 A 50 AÑOS.

Para la interpretación de los datos arrojados por el test visomotor bender, se utilizo la tabla de evaluacion cuantitativa de salud-enfermedad en sujetos de 15 a 50 años según la técnica de Pascal y Suttell.

Pascal y Suttell construyeron en 1951 un nuevo sistema de variables de análisis y puntuación del B.G. y obtuvieron las normas correspondientes en sujetos de 15 a 50 años. Está constituido por 105 items que demostraron un alto valor discriminativo entre enfermos mentales y sujetos normales. Se examinaron dos grupos cada uno de 260 sujetos de 15 a 50 años: uno de sujetos normales y con un año de escolaridad secundaria y otro de enfermos psicóticos (110 sujetos) y neuróticos (150 sujetos). Los autores establecieron las normas de puntuación y asignaron valores diferenciales a cada error de reproducción (según su frecuencia en los normales), dando el valor máximo de puntaje de error a los fallos mas frecuentes en los normales.

Se presenta la tabla de evaluación de Pascal y Suttell, en la que se indican los fallos que se consideran en cada una de las reproducciones y entre parentesis la puntuación que se le asigna.

TABLA DE EVALUACION CUANTITATIVA DE SALUD ENFERMEDAD EN SUJETOS DE 15 A 50 AÑOS SEGUN LA TECNICA DE PASCAL SUTTELL.

NOMBRE:-----	EDAD-----	SEXO-----	RAZA-----
LUGAR DE NAC:-----	ESCOLARIDAD-----		
C. I.-----	DIAGNOSTICO-----		
FIGURA 1	FIGURA 2	FIGURA 3	
1 Líneas ond (2)---	1.Linea ond.(2)---	1.Asimetría (3)--	
2 Puntos, rayas y	2.Rayas o puntos	2.Puntos, rayas y	
circulos(3)-----	(3)-----	circulos (3)---	

3 Rayas (2) -----	3.Circulos deforma dos (3)-----	3.Rayas(2) ---
4 Circulos (8)-----	4.No.circulos(3)--	4.circulos(8)----
5 No.puntos cada--- uno (2) -----	5.circulos que se tocan (5)-----	5.No.de puntos--- (2) -----
6 filas dobles(8)--	6.desviación incli nación (3)	6 .obtus (8) ----
7 repaso (2) -----	7.No.columnas(2)--	7. fila adicional (8)-----
8 intentos(3 cada-- uno) -----	8.filas de dos fi las (8) -----	8.distorsión (8)-
9 rotación(8)-----	9.línea guía(2)---	9.línea guía(2)--
10 omisiones (8)---	10.repaso (2) -----	10.repaso(2)___
	11.intentos (3 cada uno) -----	11.intentos (3 cada uno)___
	12.rotación(8)-----	12.rotación(8)_
	13.omisiones(8)_____	13.omisiones(8)
PUNTAJE PARCIAL----	PUNTAJE PARCIAL----	PUNTAJE PARCIAL-----

FIGURA 4

- 1.curva asimetrica (3)
- 2.curva rota(4)-----
- 3.curvas desentradas
(1)-----
- 4.rizos (4)-----

FIGURA 5

- 1.asimetria(3)___
- 2.puntos,rayas y
circulos (3)___
- 3.rayas (2) -----
(2)cada uno -----
- 4.circulos(8)-----

FIGURA 6

- 1.asimetria(3)___
- 2.angulos(2)-----
- 3.puntos de cruce
(2) cada uno___
- 4.curva agreg(8)--

5.desunión(8)-----	5.recta unida a puntos(2) -----	5.doble línea (1 cada uno) ----
6.curva rotada(3)-----	6.recta rotada(3)---	6.añadidura(8)---
7.adiciones(8)-----	7.No.puntos(2)---	7.temblor(4)-----
8.temblor(4)-----	8.distorsión(8)--	8.distorsión(8)----
9.distorsión(8)-----	9.línea guía(2)---	9.línea guía(2)---
10.línea guía(2)-----	10.repaso(2)-----	10.repaso(2)-----
11.intentos(3 c/u)--	11.intentos (3 cada uno)-----	11.intentos(3 c/u) -----
12.rotación(8)-----	12.rotación(8)-----	12.rotación(8)-----
13.omisiones(8)-----	13.omisiones(8)-----	13.omisiones(8)-----
PUNTAJE PARCIAL-----	PUNTAJE PARCIAL-----	PUNTAJE PARCIAL-----

FIGURA 7

- 1.extremos separados
(8)-----
- 2.angulos adicionales
(3) -----
- 3.angulos omitidos(3)
- 4.punt.lin.dispersos
(3)-----
- 5.doble línea(1 cada
uno) -----
- 6.temblor(4)-----
- 7.distorsión(8)-----

FIGURA 8

- 1.exts.separados
(8)-----
- 2.angulos adic.
(3)-----
- 3.angulos omiti-
dos (3) -----
- 4.punt.lin.disper
sos(3) -----
- 5.doble línea(1
cada uno)-----
- 6.temblor(4)-----
- 7.distorsión(8)--

CONFIGURACION.

- 1.ubic.de A (2)---
- 2.superposición(2-
cada uno) -----
- 3.comprensión (2 -
cada uno) -----
- 4.líneas de separa
ción (8)-----
- 5.orden(2) -----
- 6.desórden(8)-----
- 7.tam.relat. (8)---

8.líneas guías(2)---	8.líneas guías(2)-		
9.intentos(3 c/u)-	9.repaso(2)-----	PUNTAJES PARCIALES	
10 rotación(8)-	10.intentos(3 c/u)-		
11.omisiones(8)-----	11.rtotación(8)-----	1.-----	5.-----
	12.omisiones(8)-----	2.-----	6.-----
		3.-----	7.-----
		4.-----	8.-----
PUNTAJE PARCIAL-----	PUNTAJE PARCIAL-----	CONFIGURACION ----	
PUNTAJE TOTAL-----	PUNTAJE ESTANDAR		

El puntaje total se obtiene sumando los puntajes parciales, esto es, los valores de los fallos cometidos en las ocho reproducciones y en la configuración (distribución de los dibujos en el protocolo), luego se consultan las normas para convertir ese puntaje en puntaje estándar o puntaje Z. Según los autores el B.G. denuncia la actitud frente a la realidad, la capacidad integrativa del YO. La gravedad de los fallos en la reproducción revela el grado de perturbación de la actitud frente a la realidad. Naturalmente, a más alto puntaje, peor diagnóstico. La tabla de significados diagnósticos de la norma es la siguiente:

- N O R M A S -

PUNTAJE	Z	I N D I C A N.
80		Limite entre paciente y no paciente
72 o más		Necesita atención psiquiátrica.
72 a 50		Dudoso.
49 o menos		No necesita atención psiquiátrica.

El sistema de Pascal Suttell facilita, pues, el diagnóstico diferencial entre el sujeto sano y el enfermo, pero no brinda precisiones diagnósticas ello queda a cargo del juicio clínico.

De acuerdo a este procedimiento Pascal y Suttell, se encontró que el 73% de la muestra cae en una puntuación de 72 o más, lo cual necesitan atención psiquiátrica y el 27% restante caen en una puntuación de 72 a 50 lo cual son dudosos.

El alcoholismo agudo y crónico, producen una gran variedad de perturbaciones mentales entre las cuales se encuentra la encefalopatía alcohólica con sus típicas lesiones orgánicas en el cerebro que muchas veces conducen a la muerte. El síndrome de korsakoff, asociado a menudo con neuritis, delirio crónico y agudo, estados alucinatorios, confusionales y otras combinaciones de estos síndromes.

Lo que se pudo observar en la realización de este test por los pacientes con problemas de alcoholismo, se encuentra que hubo segmentaciones, cortes, figuras mal integradas, figuras encimadas, con trazos débiles y en otras fuertes, remarcando 2 o 3 veces la figura, ángulos incompletos, la forma de la figura no se percibe como tal, entre otras. Esta observación nos lleva a describir además de los resultados obtenidos con la técnica de Pascal y Suttell, las siguientes características:

Falta de atención a los límites; falta de preocupación por los demás. agresivos con el ambiente. Inseguridad. Percibe su medio

ambiente como amenazante. Ansiedad e incertidumbre, Falla control de impulsos, Rigidez, Dependencia, Necesidad de apoyo, Agresión, Timidez, Concepción guesáltica incompleta, Probable lesión orgánica, Con daño orgánico.

Asi mismo, en esta muestra no se detecto daño orgánico de importancia, a excepción de algunos casos que presentan la posibilidad de una lesión cerebral, quizas debido al tiempo y cantidad de ingesta de las bebidas alcohólicas. Ademas aunque no es el propósito de este estudio, que se descarta sin generalizar que el alcoholismo tenga sus orígenes en alguna lesión cerebral.

C A P I T U L O I V

4.1 RESULTADOS.

Definitivamente la enfermedad del alcoholismo como muchas otras, requieren para su estudio el de integrar los diferentes enfoques como son de tipo Genético, Fisiológico, Bioquímico, Psicológico y Sociocultural, para elaborarse un enfoque general deseado. En este trabajo se revisaron criterios ya establecidos desde el punto biológico y se tomaron aspectos psicosociales para que con este trabajo se amplíen de una forma la información ya establecida.

Para describir los resultados a que se llegó en este trabajo, se menciona nuevamente la definición del Dr. Jellinek, por considerarla la más completa y la más apropiada para describir las mismas. Dice "Los alcohólicos son aquellas personas que beben en exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un trastorno mental evidente o de interferir con su salud física y mental, con sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica, por lo tanto, requiere de un tratamiento".

En este grupo estudiado en la clínica No. 10 del IMSS y a través de los instrumentos psicológicos ya citados, se concluye lo siguiente: En lo que se refiere a la hipótesis conceptual de este trabajo se comprobó, ya que establece que la intervención de

factores sociales y de personalidad influyen en el individuo para presentar problemas de alcoholismo.

Como se pudo observar, el alcoholismo es un problema de salud mundial y en especial en nuestra sociedad, ya que los motivos y/o causas que lo originan son diferentes entre una cultura y otra, pero en este trabajo se deduce que el alcoholismo se encuentra presente tanto en la clase media y media baja, siendo más frecuente según los datos en esta última.

La muestra estuvo comprendida de acuerdo a su edad de 26 a 69 años con una media de 41.6 años; de la cual empezaron a beber de los 12 a los 32 años dando una media de 18.6 años, por lo que los inicios o inclinación hacia la bebida empezó a partir de la segunda década de la vida y que de acuerdo a la edad promedio los sujetos se encuentran en una etapa productiva tanto en el aspecto laboral como familiar, pero sin embargo son personas afectadas por el alcohol, que les causa trastornos de su personalidad y que les impide desarrollar la vasta productividad que una persona normal llevaría a cabo.

El problema del alcoholismo se presenta en personas casadas, divorciadas y solteras, siendo mayor en el primero de los casos.

De acuerdo al nivel de escolaridad, el problema del alcoholismo se presenta en todos los niveles, siendo más frecuente en los grados de secundaria y nivel medio superior, encontrándose

relación en las ocupaciones que requieren menos nivel de estudios como son los choferes, obreros, comerciantes, mecánicos, vendedores, empleados entre otros, incluyendo a los profesionistas del cual información obtenida tambien hay un gran porcentaje.

Conforme los antecedentes familiares y propios de la persona escuestada, se encontró que el personal más cercanos a estos, presentan problemas de alcoholismo, de tabaquismo, de diabetes entre otros, por lo que dicha enfermedad en este caso es propiciada por factores sociales y de personalidad.

Las características de personalidad que presenta esta muestra son las siguientes: aunque no son presentadas por todos los alcohólicos, aparecen sin embargo en la mayoría. La ansiedad que genera tensión. Narcisismo, baja tolerancia a la frustración, inmadurez emocional, introversión, poco control de impulsos y falta de interés a la vida, dureza hacia las relaciones humanas. asimismo presentan problemas de adaptación y de rechazo a la figura que representa la autoridad. Con juicios poco realistas, fabulaciones y conflictos sexuales. En el aspecto intelectual existe la incapacidad de comprensión y atención, por lo que esta situación vuelve inestable y facilmente fatigable al sujeto, además de que presenta lentitud en el flujo de ideas que disminuyen la capacidad de abstracción y síntesis.

Generalmente el perfil obtenido sugiere un diagnóstico de reacción esquizoide.

Los factores psicológicos más sobresalientes que propician el alcoholismo son los traumas, frustraciones, problemas de identificación psicosexual, rechazo por los padres, complejo de inferioridad, violaciones y malos tratos en la infancia, fracasos, tener familiares alcohólicos, sufrimientos en la niñez, problemas matrimoniales, laborales y económicos entre otros.

4.2 CONCLUSIONES.

Desde que el fenómeno social llamado alcoholismo existe, ha acompañado al hombre desde siempre y se ha intentado por muchos investigadores definirlo con sus propios conocimientos y de acuerdo a su formación profesional. Creo que hasta el momento y aun cuando se han realizado numerosas investigaciones contemplándose en muchas ocasiones aspectos biopsicosociales por separado, no se han conjuntado estos estudios y por eso no se puede precisar con exactitud cual (es) son sus causas principales de este fenómeno. Este trabajo arroja y de alguna manera que aspectos psicosociales son los causantes para desarrollar el alcoholismo.

En los trabajos que se han realizado acerca de las características de personalidad de los pacientes alcohólicos, en los cuales se ha llegado a la conclusión que en los alcohólicos no comprenden un solo o único tipo de personalidad, aunque estos pacientes son distinguidos de otros desórdenes clínicos.

En lo que respecta al enfoque de este estudio se describen aspectos psicosociales que se consideran como causantes de esta enfermedad, por lo que las características más comunes y predominantes de esta muestra son las siguientes: Se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, son dependientes y manejan inadecuadamente sus frustraciones. Los tratos y privaciones que padecieron en su infancia, les trajo como consecuencia problemas afectivos en sus hogares, en su trabajo y en su medio

social en el que se desarrollan, ya que indudablemente éste influye sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo.

"Por ejemplo. MC. CORD Y GUDEMAN (1960) refieren al alcohólico con una persona agresiva, dependiente, frecuentemente en conflicto con la familia y apartado con frecuencia de la sociedad".

En el estudio longitudinal de STEIN, ROZYNKO Y PUGH (1979) presentan al alcohólico como una persona con baja tolerancia la frustración, ansioso y agresivo.

CATANZARO (1978) presentan al alcohólico como una persona con baja tolerancia a la frustración, ideas de grandeza, ansiedad sentimientos de culpa, perfeccionismo, inmadurez, dificultad con la autoridad, problemas sexuales, inadecuado en el manejo de impulsos, poco respeto a si mismo y con tendencia al aislamiento.

GROS (1978) refiere al alcohólico como una persona insegura aprehensiva, sospechoso e inestable²⁰.

En las investigaciones citadas en los párrafos anteriores y otras, se contemplan casi todos los rasgos que en este trabajo se describen.

²⁰Somarriba Rocha Laura. Estudio comparativo a través del MMPI. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM. 1978 pag. 1-46

Se comprobó la hipótesis conceptual y la hipótesis alterna, que refieren que factores sociales y de personalidad son determinantes para que los individuos bebedores desarrollen tal enfermedad, además de que existen características comunes entre las personas que padecen del alcoholismo.

En este estudio no se concluye que el aspecto biológico sea el causante del alcoholismo, pero si como se dijo al principio que las causas de esta enfermedad de acuerdo a investigaciones anteriores y a la presente son de origen psicológico y social, sin dejar de considerar por supuesto el aspecto biológico y otros que puedan incluirse.

Finalmente concluimos que el alcoholismo es una enfermedad y un problema de la sociedad que no puede ser considerado y reducido a una causa única. Hasta el momento puede decirse que tanto factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, o nutricionales tienen necesidad de factores psicopatológicos o socioculturales para conseguir la precipitación y desarrollo del alcoholismo, por lo que este fenómeno se le ve como una fuente de muchos problemas sociales que actualmente conocemos.

4.3 DISCUSIONES.

Un aspecto que puede ser trascendental y de gran relevancia es que en casi toda la muestra existieron y/o existen familiares como los abuelos, padres, u otros familiares con el problema de alcoholismo, revelando con estos datos el problema heredo alcoholismo en los pacientes, asi como tambien se pudo haber dado el proceso de imitación de los modelos impuestos, iniciando una ingesta de bebidas alcohólicas por seguir el ejemplo de los familiares antes citados, ademas de la constante interacción con personas alcohólicas. Este factor pudo haber provocado que los pacientes en su infancia hallan podido experimentar un sentimiento de rechazo hacia las conductas de ingesta de sus familiares, pero que tambien debido a la identificación de roles y patrones que observaron los pacientes en los familiares, esto halla influido de alguna manera para que en la vida adulta basaran sus propias conductas en los patrones aprendidos en la infancia. .

Una gran parte de la muestra realizó la primera ingesta o intoxicación alcohólica, en un intento de escapar de sus propias realidades, mostrando que el abuso de las bebidas alcohólicas no fuera por placer o deseo; reflejando en el consumo de esta sustancia como una fácil solución, asi como un refugio de sus propios problemas y no teniendo la capacidad de afrontar y resolverlos de modo responsable.

Tambien estos pacientes manifiestan que en su infancia y en la adolescencia tuvieron cierto rechazo manifiesto por sus

padres provocando que estos se sintieran repelidos, percibiendo al mundo circundante como aversivo y hostil, desarrollando una actitud de defensa que los hace aislarse del medio en que viven y de provocar en ellos sentimientos autodevaluativos, falta de expresión afectiva y de hostilidad.

En este grupo existen dificultades en la aceptación de las normas sociales, presentan conflictos con la autoridad, tratando de romper cada vez que se pueda los convencionalismos sociales.

Finalmente se observa también que los pacientes se muestran ansiosos, experimentando sentimientos de culpa por los aspectos de tipo antisocial que cometieron.

4.4 LIMITACIONES.

4.4.1 DE TIEMPO: Las sesiones fueron unicamente los sabados y en ocasiones los domingos, porque se tuvo que algunos pacientes no estaban en condiciones disponibles como por su estado de ánimo y/o otras necesidades de los pacientes. Lo ideal es que estas se efectuen diariamente a fin de evitar que algunos pacientes dejen el hospital y por lo consiguiente la aplicación de los instrumentos psicológicos.

4.4.2 DE ESPACIO: Unicamente se conto con un salón en el área de salud mental de la clinica 10 del IMSS, la cual fue un poco incomoda tanto por la colocación del mobiliario como por su construcción.

4.4.3 UNIVERSO DE TRABAJO: La muestra que se tomo fue al azar de ambos sexo. se tuvo la cooperación tanto de directivos como de los pacientes, ya que demostraron interes e inquietud por saber que resultados se obtendrían de este estudio.

4.5 SUGERENCIAS.

El alcoholismo como ya se mencionó, es una enfermedad y uno de los principales problemas en nuestra sociedad y tiene implicaciones biológicas, genéticas, psicológicas y socioculturales que desde cualquier ángulo merece la atención de todos los profesionistas que tenga de una u otra forma relación con tan delicado problema.

La primera sugerencia y la que tiene mucha importancia por la facilidad en que puede darse es la de dar información y concientizar a los pacientes de consulta externa en el sector salud que se les sospeche y/o compruebe el problema del alcoholismo. Esto puede realizarse por medio de psicoterapias, canalizarlos a los grupos de A.A., por conferencias, exposiciones y folletos.

La segunda, es que todo profesionista involucrado en mantener la salud física y mental del ser humano, conozca y maneje la información necesaria del alcoholismo en este caso, a fin de que el individuo sea canalizado oportunamente. Esto puede realizarse en la manera de que se difunda y promueva en las delegaciones, escuelas, centros de salud y con el posible apoyo de nuestra facultad de psicología.

La tercera, es recurrir a las autoridades competentes por los medios legales para que los medios de difusión directa como la televisión, radio, prensa, anuncios y otros que actúan como reforzadores negativos al motivar a los diferentes públicos a la

ingestión de bebidas alcohólicas, disminuyan para reforzar y /o empezar a frenar esta enfermedad que nuestra sociedad padece. Esto puede realizarse por medio del sector salud y que proporcione la ayuda económica a fin de que por estos medios se difunda la información sobre el alcoholismo como son: sus causas, frecuencias y consecuencias en nuestro país.

La última, que en los centros de trabajo, centros educativos en sus diferentes niveles, también sea difundida la información y puede realizarse por medio de conferencias, folletos, etc.

4.6 BIBLIOGRAFIA.

- Anastasi, Anne. Tests Psicológicos. Ed. española. 1968 pag. 523-525
- Batalla Mancera, Francisco. Desarrollo de la escala adicional del M.M.P.I. 1982 Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM. Pag. 47-81 y 165-166.
- Anderson, Anderson. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Ediciones Rialp.S.A. Madrid 1976 Pag. 393-420.
- Bender, Lauretta. Test Gestaltico Visomotor B.G. Ed. Paidós. Mexicana. 1987 pag. 9-16 y 228-245.
- Barry, H. Behavioral Dependence in Biochemistry and Pharmacology of Ethanol. 1979 vol. 2 pag. 511-531.
- Cordourier Barragan, Salvador. Estudio comparativo a través del M.M.P.I. 1977 Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología UNAM. 1-14 y 18-28
- Caso Nunez, Agustin. Fundamentos de psiquiatria. Ed. Limusa. 1982 pag. 411-461
- Freedman, Alfred M. y Otros. Compendio de psiquiatria. Ed. Salvat 1984 pag. 432-435
- Gamiochipi Cano, Luis Antonio. Causas de la agresión del alcohólico hacia su pareja. Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología UNAM. 1984 pag. 2-24-49 y 52-61
- Gamboa Magana, Rosa Maria y Otros. El perfil psicológico del

- alcohólico M.M.P.I. Tesis para obtener la Licenciatura en psicología UNAM. 1978 pag. 1-69
- Gassner, P.K. Drugtherapy of alcohol withdrawal syndrome biochemistry of alcohol. vol. 2 1979 pag.375-435
 - Grifeith, Edwards. Tratamiento de alcohólicos. Ed. trillas 1986 pag. 11-195
 - Hall, Galvin S. Compendio de psicología freudiana. Ed. paidos 1974 pag. 25-79
 - Hoyos Gonzalez MA. Cristina. Estudio comparativo de 2 grupos de estudiantes de preparatoria a través del M.M.P.I. Tesis para obtener la Licenciatura en psicología UNAM. 1982 pag.38-55
 - H.Greist, John y Otros. Tratamiento de los trastornos mentales. Ed. El manual moderno. 1986 pag.34-35
 - Joel, Fort. El alcohol. Nuestro máximo problema y de drogas. Ed. Extemporaneo. 1974 pag.7-165
 - Kesrhenobich, David. Manejo médico de la intoxicación por alcohol. Revista de la asociación de medicina interna.Depto.Gastroenterologia I.N.N. 1986 vol 2 pag. 13-15
 - Machover, Karen. Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. pag. 3-112
 - Mendelson, J.H. y Otros. Biologic concomitants of alcoholism in engl j. med. 301. 1979 pag. 912-913
 - Mendoza Montes, Zenaida Rocio. Consulta externa y grupos de

- alcohólicos anónimos. Tesis para obtener la Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería UNAM. 1985 pag. 85-105
- Nuñez, Rafael. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad a la psicopatología. 2da.edic. Ed. El manual moderno 1979 pag. 1-139
 - O.J. Feldman. Out patient alcohol de toxificación iniciar dindings on 564 patient an J.psichiatry 132. 1975 pag. 407-412
 - R.D. Adms y Otro. Alcohol in isselbacher KJ Adams RD Braun Wald e principles of internal medicine. Ed. Harrinsons 1980 pag. 969-977
 - Rodriguez, Roman, Zoila. Estudio comparativo de deterioro mental en alcohólicos. Tesis para obtener la Licenciatura en psicología UNAM. 1983. Pag. 8-49 y 82-83
 - Roman Celia, Carlos y Otros. El alcoholismo en México. Fundaciones de investigaciones AC.1984 pag. 7-345
 - Revista plenitud. Publicación de la central mexicana de servicios generales de alcohólicos anónimos. 1986 No. 33 pag. 49-53.
 - Serrano y Cuevas, Georgina. Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo. Tesis para obtener la Licenciatura en psicología UNAM. 1977 pag. 8-30
 - Somarriba Rocha, Laura. Estudio comparativo a través del MMPI.

Tesis para obtener la Licenciatura en
Psicología UNAM. 1978 pag. 1-46

- Soto Barrera, Ma. Juana y Otro. Rasgos característicos de agresión en el esquema corporal de adolescentes homicidas determinados mediante la prueba de la figura humana de K.Machover. Tesis para obtener la licenciatura en psicología UNAM. 1987 pag. 61-85
- Vallejo Najera, Juan Antonio. Introducción a la psiquiatría. Ed. Madrid. 1979 pag. 411-460 2DA.ed
- Velazco Fernandez, Rafael. Esa enfermedad llamada alcoholismo.
- Velazco Fernandez, Rafael. Alcoholismo. Visión integral. Ed. trillas. 1988.

-CUANDO NACIERON SUS HERMANOS (SI ES QUE TIENE) MENORES CUAL FUE SU REACCION: _____

-EN LOS ESTUDIOS QUE USTED REALIZO, REPROBO ALGUN AÑO. SI () NO() POR QUÉ: _____

-EXPLIQUE BREVEMENTE COMO FUE SU ETAPA DE LA ADOLESCENCIA: _____

-REALIZO USTED SU SERVICIO MILITAR NACIONAL:SI() NO() POR QUÉ _____

-SE SIENTE SATISFECHO SOBRE LO QUE USTED HA REALIZADO: SI() NO() POR QUÉ: _____

-QUIERE AGRAGAR ALGO QUE HASTA EL MOMENTO NO SE LE HAYA PREGUNTADO: _____

4.-ENFERMEDAD ACTUAL.

-LA QUE EDAD EMPEZO USTED A BEBER: _____

-CUALES FUERON LAS CAUSAS O MOTIVOS QUE LE INCLINARON HACIA LA BEBIDA. _____

-A PARTE DE TOMAR, USTED FUMA: _____

-CUANDO USTED TOMA, LO HACE SOLO O ACOMPAÑADO. _____
POR QUÉ: _____

- ESTA ENFERMEDAD QUE USTED PRESENTA SE LA ATRIBUYE A ALGUIEN O A OTRA CAUSA: _____
POR QUÉ: _____

-TIENE USTED ALGUN PARIENTE O FAMILIAR QUE PRESENTE EL MISMO PROBLEMA QUE USTED: _____

-DESEA AGREGAR ALGUNA COSA O COMENTARIO QUE NO SE LE HAYA PREGUNTADO EN ESTOS MOMENTOS: _____

LE AGRADEZCO SU INFORMACION Y COLABORACION EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION.

MUCHAS GRACIAS.