



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**NIVELES DE ANGUSTIA EN ALCOHOLICOS
ANONIMOS CON DIFERENTE TIEMPO DE
ESTANCIA**

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

**MARIA DE LOURDES MORALES ZARAGOZA
FLOR SILVESTRE TORRES JIMENEZ**

Director de Tesis

DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES

Asesor de Tesis

LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO



CIUDAD UNIVERSITARIA

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS

COMPLETA

A mis Padres

Agradezco con todo mi amor el que me hayan guiado por el camino del trabajo y estudio para triunfar en la vida.

A mi Esposo José San Román Hernández

Dedico esta tesis con todo mi amor por el apoyo y dedicación que me ha brindado durante mi carrera profesional.

A mi Hijo José Lauro San Román Morales

A mi más grande amor: Agradezco desde lo más profundo de mi corazón el que esté en esta vida y me dé fuerzas y apoyo para seguir adelante.

*Con cariño a mis sobrinas Patricia y Pílas Morales Modragón
Por apoyarme.*

A mis seres queridos dedico con todo mi amor la presente tesis:

*Carlos, el amor de mi vida, mi compañero, amigo y esposo;
por su amor y desamor que han sido fuente de crecimiento personal.*

*Sr. Vicente y Sra. Alejandra
Mis Padres
Por su amor y comprensión*

*Alan, Emy y Eric
Mis Hijos
Porque los amo y admiro*

*Mis hermanos y sobrinos
porque los amo y respeto.*

Dr. Jullán MacGregor y Sánchez Navarro

*Dedico esta Tesis por su apoyo profesional y motivación para
la realización de esta.*

ESQUEMA DE TESIS

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	6
Angustia y alcoholismo.	6
Antecedentes y definición de la angustia.	6
Teorías de la angustia.	11
Antecedentes y definición del alcoholismo.	27
Problemas ocasionados por la ingesta de alcohol.	34
Teorías del alcoholismo.	40
Alcohólicos Anónimos.	55
a) Dinámica de los A. A.	61
b) Los doce pasos de A. A.	67
c) Las doce tradiciones de A.A.	68
Angustia y Alcoholismo	72
CAPITULO II	77
Estrategias de investigación.	77
Objetivo.	77
Población.	77
Lugares.	77
Preguntas de investigación.	77
Hipótesis.	78
Instrumentos.	78
Procedimiento.	79

CAPITULO III	80
Resultados.	80
a) Matices de la Experiencia.	80
b) Descripción Global de los Grupos.	81
c) Características de la Población.	82
CAPITULO IV	95
Implicaciones del estudio.	95
Conclusiones.	102
Apéndices.	104
I. Diferencias entre miedo y angustia.	104
II. Diferencia entre angustia y ansiedad.	105
III. Diferencias entre angustia normal y angustia patológica.	106
IV Diferencias entre angustia endógena y angustia exógena.	107
V Ficha de identificación.	108
VI Test Idare.	109
Tablas.	113
Gráficas.	131
Bibliografía.	140

INTRODUCCION

A través del tiempo el alcoholismo se ha mantenido presente en todas las sociedades del mundo, acarreado con él un sin fin de problemáticas en los niveles biosociopsicoculturales del ser humano. Son varias disciplinas las que han hecho el intento por definirlo, desde la perspectiva biológica, social y psicológica. Una de ellas es considerar al alcoholismo como una enfermedad crónica de carácter físico y psíquico o psicosomático que se manifiesta en un desorden de la conducta y que se caracteriza, por la ingesta repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede lo que socialmente se acepta y que interfiere en la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad de trabajar (Keller , 1960; citado en Souza, 1988).

Asimismo, el Comité de la Organización Mundial de la Salud en 1952 propuso que los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física, mental, sus relaciones con los demás, su comportamiento social y económico (Seeleb, 1952; citado en Souza y Machorro, 1988).

Hoy en día es importante hablar sobre el alcoholismo para que la gente conozca más sobre el mismo, la manera de cómo enfrentarlo y combatirlo, pero sobre todo, la manera de como prevenir tan terrible enfermedad, progresiva, incurable y mortal que enferma y destruye vidas, familias y sociedades.

Tal enfermedad no reconoce sexo, edad, religión, estrato social, ni nivel cultural, es una enfermedad que puede ser detenida a tiempo, y con ello prevenir el ciclo generador de dicha enfermedad que puede derivar en un grave problema para la sociedad. Es fundamental combatir los elementos psicológicos como la angustia y la tensión nerviosa, así como los elementos que fomentan el consumo independientemente del papel que juega el factor

biológico (Velasco Fernández, 1982; citado en Molina, 1982). Asimismo reforzar estrategias de bienestar como el deporte, recreación, etc., de esta manera prevenir que los individuos caigan en la fuga irracional del alcoholismo (Kessel y Walton, 1991).

Según Noyes (1971), el alcohol satisface una necesidad psicológica intensa. Esta necesidad es el deseo de alivio a las tensiones producidas por conflictos, frustraciones y los resentimientos consecuentes a los que todos estamos expuestos. Durante siglos se ha sabido que el alcohol es capaz de aliviar la angustia y las tensiones, de reducir las inhibiciones e incluso transformarlas en una sensación de euforia proporcionando una sensación de bienestar, de seguridad y de autosuficiencia; pasados los efectos del alcohol, se vuelve a la realidad y el individuo se enfrenta a una cruda moral y física, lo que genera mas angustia reforzando su tendencia a ingerir más alcohol.

La angustia parece ser resultado de la pérdida de control de las situaciones agudas de tensión que un individuo no puede soportar y de las que intenta escapar inmediatamente.

Conforme los mecanismos defensivos psicológicos del alcohólico se debilitan y la tensión de sus conflictos aumenta, pueden aparecer signos muy acentuados de angustia lo que generará que el individuo busque cada vez la ingesta de alcohol como escape a su realidad.

Por otra parte, Noyes (op. cit.) plantea que los individuos predispuestos al alcoholismo se ven agobiados por sus tensiones debido a defectos en el desarrollo de su personalidad; no explica por sí sólo el uso excesivo del alcohol, al grado de la adicción, ya que muchas personas que sufren de dichos defectos nunca usan el alcohol o se vuelven adictos. Gran mayoría de los alcohólicos muestran ciertas características en su personalidad como la : dependencia excesiva y la pasividad.

adictos. Gran mayoría de los alcohólicos muestran ciertas características en su personalidad como la : dependencia excesiva y la pasividad.

Por lo anteriormente dicho nos podemos dar cuenta del papel tan importante que tiene la angustia en el origen del alcoholismo. Según Ayuso (1988) la angustia es la emoción más universalmente experimentada. Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el individuo. Implica el presentimiento de la disolución del yo o la conciencia de la nada.

Desde el punto de vista fisiológico el miedo es indistinguible de la angustia. Ambos sentimientos difieren objetivamente (véase anexo I). Cuando el sentimiento ansioso resulta de una amenaza ante el peligro externo identificable en el ambiente, se usa el término miedo. En cuanto conocido existe la posibilidad de evadirse del peligro de ser dominado.

Por lo que la amenaza de angustia es distinta a la amenaza de miedo. Mientras el miedo va dirigido hacia un objetivo determinado. La angustia es vivenciada como indeterminada y carente de objeto.

La angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables (véase anexo II). La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es mas psíquica siendo vivenciada con inquietud y sobresalto.

Es importante la distinción conceptual y práctica entre la angustia normal y angustia patológica (véase anexo III) . Por una parte la angustia ofrece aspectos positivos, sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, teniendo un papel tan esencial como el dolor como instrumento de supervivencia. Además la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Supone un poderoso estímulo para el desarrollo de la maduración de la personalidad. De alguna

forma, la angustia implica un impulso creador. Por ejemplo, cuando el individuo se encuentra en una situación de examen escolar, la ansiedad lo impulsa a estudiar más para obtener una calificación aprobatoria o se prepara físicamente para llegar a la meta en una carrera deportiva. En términos generales, la angustia es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal. La angustia patológica es desproporcionada con la situación o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de ansiedad. Compromete el funcionamiento del individuo.

Según López (1966; citado en Ayuso, 1988) la angustia surge en el plano de los sentimientos psíquicos, es decir, de los sentimientos dirigidos o motivados. La angustia patológica pertenece a los sentimientos vitales, aquellos que se refieren a la vivencia corporal, informándonos sobre la salud y la enfermedad y que por lo tanto están relacionados con las circunstancias ambientales.

Por otra parte Sheehan (1982, citado en Ayuso 1988) ha propuesto la distinción angustia endógena versus angustia exógena (véase anexo IV). En la angustia endógena, los síntomas ofrecen un carácter súbito, paroxístico, inexplicable, sin relación aparente para el sujeto que la sufre con las situaciones ambientales; es considerada como trastorno de la base metabólica, determinada genéticamente. Requiere tratamiento farmacológico.

La angustia exógena esta relacionada con la tensión nerviosa. Generalmente responde a tratamiento psicológico. En su evolución no se registran ataques de angustia.

La angustia puede ser adaptativa no, beneficiosa o nociva, según la magnitud y el tiempo de respuesta del organismo. Así, los episodios persistentes de ansiedad severa son nocivos, desarrollando enfermedades físicas a partir del impacto de situaciones ansiógenas.

Como mencionamos anteriormente la angustia va muy ligada a la ansiedad. Según Berlanga y Col. (1991) la angustia se caracteriza fundamentalmente por la presencia de pánico que puede incluir hasta catorce síntomas diferentes, un cuadro de ansiedad que precede a la aparición subsecuentes de tales ataques (ansiedad anticipadora) y manifestaciones fóbicas que pueden ser limitadas o extensas y de llegar al grado de producir incapacidad extrema. La ansiedad puede ser medida a través de pruebas psicológicas como el test Idare el cual ha sido aplicado en México por el Dr. Díaz Guerrero (véase apéndice VI).

El alcoholismo según Noyes (op. cit.) esta asociado generalmente a los altos niveles de angustia, actualmente no existen investigaciones fecientes la cerca del objetivo de la en la presente investigación en cual fué detereminar si los individuos que ingresan a un grupo de alcohólicos anónimos tienen un nivel de angustia mayor, que aquellos que tienen mas tiempo de frecuentar dichos grupos.

Nuestro interés se centró en determinar si los niveles de angustia son generadores esencialmente o no de consumo inmoderado de alcohol (a mayor angustia, mayor alcoholismo; a menor niveles de angustia menor consumo de alcohol). Por lo cual resultará importante no confundir nuestra estrategia de investigación con la detección de una relación inversa entre alcoholismo y angustia: a menor alcoholismo menores niveles de angustia.

CAPITULO I

ANGUSTIA Y ALCOHOLISMO

Antecedentes y definición de la angustia

Los antecedentes de la teoría de la ansiedad según May (1968) se pueden encontrar en las contribuciones de los filósofos puesto que son ellos quienes enunciaron y formularon el significado de sus épocas históricas dando dirección al desarrollo de su cultura. Es en este sentido que las formulaciones hechas por los líderes intelectuales de un siglo llegan a ser de uso común, bajo la forma de supuestos inconscientes, para gran número de personas de los siglos subsecuentes.

En la Edad Media, período del cual surgió nuestra edad moderna, la sociedad era colectivista en el sentido corriente; todas las emociones eran canalizadas en ceremonias comunales y religiosas. Todas las emociones requerían un rígido sistema de formas convencionales, ya que sin estas la pasión y la ferocidad hubieran hecho estragos en la vida.

Un cambio radical tuvo su lugar en el renacimiento y la reforma con el comienzo de una nueva y entusiasta creencia en el poder del individuo junto con un interés nuevo y concreto, empírico por la naturaleza física. Estos cambios tuvieron, obviamente, como resultado psicológico el incremento de la confianza del individuo en que podría solucionar los problemas mediante su propio coraje, mediante el conocimiento que podía obtener a través de sus estudios y sus viajes, siguiendo a su propia conciencia en cuanto a lo religioso y ético.

El método que llegó a ser el instrumento de una nueva devoción por el conocimiento y la razón individual fue la matemática, la cual se había tomado de los musulmanes.

La creencia en la capacidad racional del individuo fue el principio intelectual y directivo de esta revolución cultural, que comenzó en el renacimiento, culminó en el derrocamiento del feudalismo y el absolutismo y condujo, finalmente, a la supremacía de la burguesía.

Descartes (citado en May 68) hizo una aguda distinción entre la mente y el proceso del pensamiento, por una parte, y el cuerpo por la otra. Esta dicotomía fue irrelevante en los siglos subsecuentes y llegaría a ser un punto central para el problema de la ansiedad.

La confianza en que el cuerpo y la naturaleza física fueran matemáticamente controlables tuvo efectos trascendentes como disipación de la ansiedad. Dio esperanzas de dominar las amenazas reales de la naturaleza física, así como también la promesa de la gran expansión de las capacidades humanas para satisfacer los necesidades materiales.

En resumen, se abrió un camino para liberar al hombre de los temores irracionales, para disipar la multitud de temores a los demonios, a los brujos y a la magia, los cuales habían sido fuente de ansiedad en los dos últimos siglos de la Edad Media, así como también durante el renacimiento.

Spinoza (citado en May 68) dio el paso final en el siglo XVII: trató de hacer controlables las emociones humanas a través de la razón matemática. Anticipó casi palabra por palabra algunos conceptos psicoanalíticos y psicosomáticos. Pero Spinoza hablaba de temor y no de ansiedad. Sus análisis se detienen en el umbral del problema de la ansiedad.

A veces apunta hacia la ansiedad, como cuando engarza la esperanza en yuxtaposición con el temor, pero no atraviesa el umbral. Parece capaz de enfrentar el problema a nivel de temor y por tanto, el problema central de la ansiedad no tiene cabida en su pensamiento.

Otra voz disidente habla desde el siglo XVII: Es la voz de Pascal. Pascal fue excepcional ya que no participaba de la confianza predominante en la razón individual y en que experimentó en forma directa el problema de la ansiedad. No creía en la naturaleza humana, en toda su variedad y contradicción pudiera encerrarse en la razón matemática, ni que pudiera alcanzarse la certidumbre de la geometría y de la física. Cuestiona la difundida confianza en la razón, porque ésta no toma en cuenta el poder de las emociones.

Pascal estuvo directamente interesado en la ansiedad no solo a la ansiedad que él mismo experimentó, sino en la que creyó observar en sus semejantes. Citó como evidencia la constante inquietud en que los hombres pasan sus vidas y el hecho de que la gente incesantemente intenta escapar, a través de diversiones, de tener que pensar acerca de ellos mismos. Relacionó la ansiedad con la contingente y precaria condición del hombre.

Así, alrededor del siglo XIX: la primitiva confianza en la razón individual relacionada con todos los aspectos de la vida, se transformó en un énfasis en la técnica y en la aplicación de la razón, cada vez exclusivamente a problemas técnicos.

La creencia en la autonomía de la razón, con su consecuente confianza en la armonía automática, comenzó a derrumbarse. Los pensadores proféticos de este siglo Kierkegaard, Nietzsche y Marx (op. cit.), por ejemplo, vieron este hecho y describieron las fisuras en la cultura del momento, que generarían más tarde ansiedad difusa.

La progresiva disgregación y compartimentalización de la cultura en el siglo XIX, puede verse desde su aspecto psicológico. Reside en la tendencia a ver el hombre como consistente en diferentes "facultades" por ejemplo, inteligencia, emoción, y voluntad.

La creencia del siglo XVII en el control racional de las emociones, se transformó en el hábito de reprimir las emociones.

Esta desintegración cultural y psicológica produciría disociación y trauma internos, y, por lo tanto, ansiedad en mucha gente del siglo XX. Y también determinó el doble aspecto del problema de la ansiedad para Kierkegaard y Freud: ¿Cómo puede superarse la dicotomía de la inteligencia y la emoción, y como puede comunicarse con sus semejantes el individuo aislado?

Así Freud y Kierkegaard, como Nietzsche (po. cit.), trataron de redescubrir de diferentes maneras la dinámica reprimida, inconsciente, llamada "motivo irracional de la conducta humana", y reunirla con las funciones racionales del hombre.

Así en el siglo XIX los descubrimientos de Freud relativos al inconsciente y sus técnicas destinadas a orientar al individuo hacia una nueva unidad.

Por otra parte Spinoza como Kierkegaard tenían amplias bases religiosas en su pensamiento, y ambos estaban especialmente dotados de comprensión e intuición psicológicos. Kierkegaard rechazó enfáticamente el racionalismo tradicional por su artificialidad. Intentaba superar la dicotomía de la razón y de la emoción volviendo la atención del hombre hacia la realidad de su experiencia inmediata, que sustenta a la vez a la subjetividad y a la objetividad.

Al abordar específicamente el problema de la angustia, Kierkegaard notó que eludimos la ansiedad hasta el punto en que nos liberamos como individuos y al mismo tiempo adquirimos sentimiento de comunidad con nuestros semejantes.

Para Kierkegaard la libertad significa una expansión del auto conocimiento y de la capacidad para actuar en forma responsable como un Yo. Significa una creciente capacidad para afrontar nuestra posibilidades tanto en el desarrollo individual como en la profundización de las relaciones con nuestro semejante. Kierkegaard sostiene que la libertad

implica siempre ansiedad potencial. La ansiedad es el "vértigo de la libertad". Esta ansiedad era "normal" y no "neurótica"; su concepto fue anuncio de lo que más tarde Rank describió como la ansiedad inherente a la individualización, y de lo que Curto describió como la ansiedad normal del individuo que enfrenta el ineludible crecimiento y la experiencia.

Para Kierkegaard, la ansiedad neurótica es el resultado del cercenamiento que tiene lugar cuando la persona tiene miedo de la libertad. Implica el bloqueo de áreas de libertad, de experiencia o de consciencia. Tenemos aquí una primitiva formulación del proceso que más tarde Freud llamó "represión" y Sullivan "disociación". Al igual que éstos posteriores estudiosos del hombre, Kierkegaard pensaba que cuando tratamos de evitar enfrentarnos con un temor "real" o con una experiencia que implica ansiedad normal, nos comprometemos en un bloqueo de la consciencia y de la experiencia que produce como consecuencia ansiedad neurótica.

Por otra parte, Kierkegaard sostenía que la ansiedad es mejor maestra que la realidad, puesto que la realidad puede ser evitada temporalmente, mientras que la ansiedad es una educadora siempre presente que se lleva dentro de uno mismo.

Por otra parte después de describir entre la razón, la emoción, y el aislamiento del individuo de su comunidad, crea problemas fundamentales para la ansiedad en la época actual. La ansiedad era disipada como se mencionó mediante diversas formas de creencias, si un individuo perseguía con energía su propia ganancia económica y sus motivos propios, lograría al mismo tiempo una armonía automática con sus semejantes y con el mundo metafísico. Esta creencia perdió su eficacia en el siglo XIX cuando la razón individual se volvió represión intelectual y el *laissez-faire* de la economía política se transformó en una racionalización de la deshumanización y mecanización del individuo.

difusión de la ansiedad en el siglo XIX. Y esta relacionada también con el dilema humano que debemos enfrentar en nuestra época.

En un período tal en que la sociedad no provee ya al individuo de una adecuada orientación psicológica y ética, éste se ve forzado, a menudo por la desesperación a buscar dentro de sí para descubrir una nueva base de orientación e integración. El Psicoanálisis y la nueva Psicología dinámica se origina en esta necesidad.

En conclusión, plantea May y Cols (1968) que en un período en que los valores de una cultura tienen unidad y vigencia moral, el individuo tiene medios para enfrentar y vencer su ansiedad. Cuando los valores están en contradicción, el individuo, que se siente sin amarras, tiende a evitar y reprimir su ansiedad normal, por lo cual sienta las bases para el desarrollo de la ansiedad neurótica. De este modo los valores y la ansiedad están interrelacionados de modo muy estrecho.

Teorías de la angustia

La angustia constituye sin duda un tema de gran actualidad y un campo fascinante de investigación. La magnitud del problema planteado por la angustia es tal que se calcula que el 8% de la población adulta padece síntomas que son la expresión física de la emoción angustiosa (Pasmau, 1987 y otro) 11% sufre manifestaciones relevante de angustia que están asociadas a enfermedades físicas, lo que significa que una quinta parte de la población adulta exhibe síntomas significativos de angustia (Ayuso, 1980).

Por otra parte, entre los distintos enfoques psicológicos de la angustia deben destacarse la teoría conductista y la teoría psicoanalítica que han contribuido en forma notable a la comprensión del desarrollo y a la sintomatología de los trastornos de la angustia y han aportado modelos terapéuticos.

Los psicólogos conductistas proponen que la angustia es una conducta aprendida y, por consiguiente, puede ser desaprendida con su tratamiento adecuado. Según la teoría del aprendizaje, constituiría la respuesta condicionada (aprendida) hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro. Los estímulos que frecuentemente preceden a los no condicionados se convierten en estímulos condicionados y conducen a una respuesta condicionada. En este caso la angustia que a su vez también determina una conducta de evitación fóbica.

Asimismo los factores disposicionales que se presentaron en el momento de la presencia del estímulo de su condenante facilitarían la eliminación de la respuesta de angustia, de modo que los individuos ansiosos serían aquellos que presentan la respuesta con mayor facilidad, intensidad y frecuencia y que aprenden a generalizarla de una manera fácil y excesiva.

Por otra parte, para la teoría psicoanalítica, según Hall (1968), la angustia es uno de los conceptos más importantes de la misma. Desempeña un papel importante tanto en el desarrollo de la personalidad como en la dinámica del funcionamiento de la personalidad. Además, posee un significado central en la teoría freudiana de la neurosis y psicosis y en el tratamiento de estos estados patológicos.

La angustia es una experiencia emocional tensa producida por excitaciones de los órganos internos del cuerpo. Estas excitaciones son provocadas por estímulos internos y externos y están gobernadas por el sistema nervioso autónomo.

Por ejemplo, cuando una persona enfrenta una situación peligrosa, su corazón late más aprisa, respira rápidamente y se le seca la boca, las palmas de la mano transpiran. La angustia es un estado consciente que puede ser distinguido subjetivamente por la persona de

otras experiencias de dolor, depresión, melancolía y tensión producidas por el hambre, la sed, el sexo y otras necesidades corporales. No existe la angustia inconsciente. Uno puede darse cuenta del sentimiento de angustia. La angustia que no se experimente no existe (May, 1968).

Freud (op. cit.) prefirió el término angustia al de miedo porque por lo general se piensa que el miedo se refiere a algo del mundo externo. Freud reconoció que hay que tener miedo a peligros tanto internos como externos. Distinguió tres tipos de angustia : angustia real u objetiva, angustia neurótica y angustia moral.

Estos tres tipos de angustia no difieren entre sí de manera cualitativa. Todos comparten la misma cualidad de ser desagradables. Difieren solo respecto de sus fuentes. En la angustia real el origen del peligro está en el mundo externo. En la angustia neurótica la amenaza consiste en una elección objetal instintiva del ello. Una persona tiene miedo de ser dominada por un impulso incontrolable de cometer un acto o de tener un pensamiento que le serán perjudiciales. En la angustia moral la fuente de la amenaza es la conciencia del sistema superyoico. Uno teme que la conciencia moral lo castigue por hacer o pensar algo contrario a las normas del ideal del Yo. Para decirlo en pocas palabras, los tres tipos de angustia que experimenta el Yo son el miedo al mundo externo, el miedo al ello y el miedo al superyó.

La distinción entre estos tres tipos de angustia no quiere decir que la persona que experimenta la angustia se dé cuenta de su fuente real. Puede pensar que tiene miedo a algo del mundo exterior cuando en realidad su miedo surge de un peligro impulsivo o de una amenaza del superyó: Por ejemplo, una persona que teme manejar cuchillos afilados puede pensar que su miedo obedece a que los cuchillos afilados son intrínsecamente peligrosos, cuando en realidad lo que teme es volverse agresiva y herir a alguien al tener un cuchillo en

la mano. De la misma manera, una persona puede pensar que tiene que estar en un lugar alto porque los lugares altos son objetivamente peligrosos, cuando lo cierto es que tiene miedo de que su conciencia aproveche la oportunidad de estar en ese lugar para castigarla por sus pecados haciéndola caer. Un estado de angustia puede tener más de una fuente. Pueden fundirse las angustias neurótica y objetiva, o la angustia moral con la objetiva o la angustia neurótica con la moral. También pueden mezclarse las tres.

La única función de la angustia es actuar como una señal de peligro para el yo, de modo que cuando la señal aparece en la conciencia el yo puede tomar medidas para enfrentar el peligro. Aunque la angustia es penosa y uno podría desear que se anulara, cumple una función muy necesaria al alertar a una persona ante la presencia de peligros internos y externos. Una vez alerta, la persona puede hacer algo para protegerse o evitar el peligro. Por otra parte, si no se puede evitar el peligro, la angustia se acumula y por último abruma a la persona. Cuando esto ocurre, se dice que la persona ha sufrido un colapso nervioso.

Angustia Real. La angustia real es una experiencia emocional penosa que se produce al percibir un peligro en el mundo externo. Un peligro es cualquier condición ambiente que amenaza con perjudicar a la persona. La percepción del peligro y el surgimiento de la angustia pueden ser innatos, en el sentido de que se hereda una tendencia a atemorizarse en presencia de ciertos objetos o condiciones del ambiente, o puede ser adquirida durante la vida. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser innato porque en el pasado generaciones de hombres fueron amenazados constantemente por peligros durante la noche, antes de que poseyeran los medios de encender luces; o puede ser aprendido, porque es más probable que se tengan experiencias peligrosas durante la noche que durante el día.

También es posible que la herencia y la experiencia sean co-productoras del miedo a la oscuridad. La herencia puede hacer a una persona susceptible al miedo mientras que la experiencia puede transformar la susceptibilidad en realidad. De todos modos, los temores se adquieren más fácilmente durante la infancia, cuando la desvalidez del organismo inmaduro le impide enfrentarse con los peligros externos. El organismo joven se siente a veces avasallado por el miedo, porque su Yo, no se ha desarrollado aún hasta el punto de poder dominar (ligar) cantidades excesivas de estímulo. Las experiencias que colman de angustia se llaman traumáticas, porque reducen a la persona aun estado infantil de desvalidez

Podemos aprender, y en efecto aprendemos, a reaccionar con eficacia cuando suena la alarma de la angustia. Huimos del peligro o hacemos algo para anularlo. También adquirimos la capacidad de anticipar el peligro y tomar medidas para prevenir antes de que se haga traumático. Esta capacidad consiste en poder reconocer un ligero sentimiento de aprensión que indica que algo se hará más peligroso a menos que lo detenga. Una persona regula constantemente su comportamiento sobre la base de sentimientos incipientes de aprensión. Cuando una persona maneja un auto, por ejemplo, experimenta una sucesión de ligeras aprensiones que le previenen para que esté alerta ante los peligros posibles.

Cuando no se puede hacer nada para protegerse del peligro, la angustia alcanza el punto en que la persona sufre un colapso o se desmaya. Se sabe que el miedo hasta ha matado a algunas personas.

Angustia Neurótica. La angustia neurótica es provocada por la percepción de un peligro proveniente de los instintos. Es miedo a lo que podría ocurrir si las contracatexias del Yo son incapaces de impedir que la catexias objetables instintivas se descarguen en alguna acción impulsiva.

La angustia neurótica puede manifestarse en tres formas. Existe un tipo de aprensión flotante que se conecta rápidamente con cualquier circunstancia más o menos adecuada del ambiente. Esta clase de angustia caracteriza a la persona nerviosa que siempre espera que ocurra algo terrible. Solemos decir que un persona tal tiene miedo a su propia sombra. Mejor sería decir que tiene miedo de su propio ello. En realidad teme que el ello, que constantemente ejerce presión sobre el Yo, se apodere de éste y lo reduzca a un estado de impotencia.

Otra forma observable de angustia neurótica es un miedo intenso e irracional, al cual se suele llamar fobia. El rasgo característico de la fobia es que la intensidad del miedo no guarda proporción alguna con la peligrosidad real del objeto que la persona teme.

Esta puede tener un miedo mortal a las polillas, a las lanchas, a los lugares elevados, a las multitudes, a los espacios abiertos, a los botones, a la goma, a cruzar la calle, a hablar ante un grupo, al agua o a las bombillas eléctricas, para citar unas pocas de las muchas fobias que se han observado.

En todos los casos el miedo es irracional, porque la fuente principal de la angustia se encuentra en el ello más que en el mundo externo. El objeto de la fobia representa la tentación de proporcionarse una satisfacción instintiva o se asocia de alguna manera con una elección instintiva. Detrás de cada miedo neurótico hay un deseo primitivo del ello por el objeto que se teme. La persona desea lo que teme, o desea algo asociado con el objeto temido simbolizado por éste.

La tercera forma de angustia neurótica se observa en reacciones de pánico o casi pánico. Estas reacciones se manifiestan repentinamente, aparentemente sin ser provocadas.

A veces se lee que una persona enloqueció y disparó contra diversos individuos a quienes no conocía y que no le habían hecho nada. Más tarde no pudo explicar por qué hizo tal cosa. Todo lo que sabes es que se sintió tan trastornada y tensa que tuvo que hacer algo antes de explotar. Estas reacciones son ejemplos del comportamiento de descarga cuya finalidad es liberar a la persona de una angustia neurótica excesivamente penosa, haciendo lo que ello exige, a pesar de las prohibiciones del Yo y del superyó.

La angustia neurótica se basa en la angustia real en el sentido de que una persona tiene que asociar una demanda instintiva con un peligro externo antes de que aprenda a tener sus instintos.

Angustia Moral. La angustia moral, que se experimenta como sentimiento de culpa o de vergüenza en el Yo, es suscitada por la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral. La conciencia moral, como agente internalizado de la autoridad de los padres, amenaza castigar a la persona por haber hecho o pensado algo que transgrede los propósitos perfeccionistas del ideal del Yo que los padres han inculcado en la personalidad.

El miedo original del que deriva la angustia moral es un miedo objetivo: miedo a los padres que castigan. Como en el caso de la angustia neurótica, la fuente de la angustia moral está en la estructura de la personalidad, y al igual que la angustia neurótica, la persona no puede evitar los sentimientos de culpa tratando de huir de ellos. El conflicto es puramente transgrede, lo cual quiere decir que es un conflicto estructural y no implica una relación entre la persona y el mundo excepto en un sentido histórico, pues la angustia moral es una consecuencia del miedo objetivo a los padres.

La angustia moral tiene lazos estrechos con la angustia neurótica, puesto que los enemigos principales del super-yó son las elecciones objetables primitivas del ello. Estos

lazos son creados por la disciplina de los padres, que en gran parte se dirige contra la expresión de impulsos sexuales y agresivos. Por eso la conciencia moral, que es la voz internalizada de la autoridad paterna, es un conjunto de prohibiciones contra la sensualidad y la desobediencia.

Los sentimientos de culpa son parte del precio que la persona idealista paga por su renuncia a los instintos.

Hemos dicho que la angustia advierte al Yo que está en peligro. En la angustia objetiva, si la persona no le presta atención a la advertencia, le ocurrirá algo perjudicial. Sufirá un daño o un dolor físico, o experimentará alguna privación o pérdida.

La angustia neurótica y moral no es sólo señal de un peligro inminente para el Yo, es también el peligro mismo.

Por otra parte dentro de la línea del psicoanálisis, Karen Homey (citada en May 1968) plantea el término angustia como sinónimo de "miedo", indicando un parentesco entre los dos, pues ambos son reacciones afectivas ante el peligro, pudiendo estar acompañados por sensaciones físicas como temblor, sudor y palpitaciones cardíacas, fenómenos capaces de alcanzar violencia tal que el miedo intenso y repentino bien puede llevar a la muerte. La diferencia reside en que el miedo sería una reacción proporcionada al peligro que se debe encarar, mientras la angustia es una reacción desproporcionada al peligro, o inclusive ante riesgos imaginarios. En el caso del miedo el peligro es evidente y objetivo, en tanto que en la angustia es oculto y subjetivo.

Uno de los elementos del efecto ansioso pueden ser particularmente insoportables para el sujeto. Uno de ellos es la indefinición. Se puede ser activo y valiente frente al mayor de los peligros, pero sentirse en realidad por completo inerte en un estado de angustia. La

indefinición es mucho más intolerable para aquellas personas en las que el poderío, el predominio y el sentimiento de poder supera cualquier situación constituyen ideas prevaletentes.

Otro elemento de la angustia es su manifiesto carácter irracional. El último de los elementos que discernimos en la angustia es una advertencia implícita de que algo anda mal en nosotros, y, por lo tanto, nos avisa que debemos proceder a algún arreglo de nuestros mecanismos.

Por otra parte nuestra cultura nos ofrece cuatro vías principales para escapar a la angustia: racionalizarla, negarla, narcotizarla o evitar toda idea, sentimiento, impulso o situación capaz de despertarla.

El primero de estos métodos, la racionalización, es el mejor recurso para evadir la responsabilidad. Estriba en convertir la angustia en un temor racional.

El segundo recurso para escapar a la angustia consiste en negar su existencia, es decir excluirla de la conciencia. Lo único que entonces se exterioriza de la angustia son sus concomitaciones asmáticas, o sea el temblor, el sudor, la taquicardia, las sensaciones de sofocación, la frecuente necesidad de orinar, la diarrea, los vómitos y en la esfera mental, una sensación de inquietud, de ser impulsado o paralizado por algo desconocido.

La tercera manera de librarse de la angustia consiste en narcotizarla, sea literal y conscientemente, con el alcohol y los narcóticos, o con muchos otros recursos de función anestésica no tan evidente. Uno de ellos es precipitarse a las actividades sociales por miedo a quedar solo, siendo indiferente si este temor se reconoce como tal o si únicamente aparece como una vaga sensación de desasosiego. Otra forma de narcotizar la angustia es la de ahogarla en el trabajo, método que se traduce por el carácter compulsivo de éste y por la

inquietud del sujeto en los domingos y días feriados. Idéntico puede cumplirse por la necesidad desorbitada de dormir, aunque de ordinario en estas condiciones el dormir no prodiga descanso. Por último también las actividades sexuales son susceptibles de servir como válvula de seguridad para descargar la angustia. Aquellas personas en quienes estas relaciones sirven para aplacar su angustia se tornan harto inquietas e irritables cuando no tienen oportunidad de satisfacerlas, aunque sea por breve tiempo.

El cuarto expediente para escapar de la angustia es, sin duda, el más radical: consiste en rehuir toda situación idea o sentimientos capaces de despertarla. Puede tratarse de un mecanismo consciente, como cuando una persona temerosa de la noción o del alpinismo esquiva estas actividades.

Dando un paso más, hasta el punto donde tal evitación se produce automáticamente, encontramos el fenómeno de la inhibición. Consiste ésta en la incapacidad de hacer sentir o pensar determinadas cosas, y su función es evitar la angustia que se produciría si la persona pretendiese hacerlas, o sentir las o pensarlas. Entonces el sujeto no tiene conciencia de la angustia ni es capaz de superar su inhibición mediante un esfuerzo consciente.

En suma, pues, la angustia podrá encubrirse tras sentimientos de malestar físico, como las palpitaciones y la fatiga; hallarse escondida bajo toda una serie de temores que aparecen racionales y justificados; ser la fuerza oculta que nos lleva al alcoholismo o a precipitarnos en toda suerte de distracciones. La hallaremos frecuentemente como causa de la incapacidad de hacer o gozar ciertas cosas, y siempre nos encontraremos con ella como factor casual de las inhibiciones.

Nuestra cultura engendra gran cantidad de angustia en los individuos que de ella participan.

El concepto anteriormente desarrollado sobre la angustia de Horney es esencialmente por el método Psicoanalítico. No obstante, si ahondamos en el estudio, veremos que diverge de Freud en varios sentidos. Freud formuló, dos concepciones de angustia. En síntesis, según, la primera, la angustia resultaría de la represión de impulsos, proceso que atañe en forma exclusiva a los impulsos sexuales. Representando una interpretación puramente fisiológica al fundarse en la creencia de que si se obstruye la descarga de la energía sexual se produciría un estado de tensión física en el organismo que a su vez se transformará en angustia. En cambio en la segunda angustia neurótica respondería al miedo ante aquellos impulsos cuyo descubrimiento o realización expondrían al sujeto a un peligro exterior.

Esta segunda interpretación no solo se refiere a los impulsos sexuales, sino también a los agresivos. En ella Freud ya no se preocupa de la represión o no represión de los impulsos cuya realización entrañaría un peligro exterior.

El concepto de Horney se sienta en la presunción de que, para penetrar el problema en su totalidad, ambas interpretaciones de Freud deben integrarse. Con ese fin eliminó las premisas netamente fisiológicas de la primera concepción combinándola luego con la segunda. En general según Horney la angustia no resulta del temor a nuestros impulsos reprimidos. Según Horney, Freud basaba su primer concepto en la ingeniosa observación psicológica, de lo que sucede en la psiquis de una persona cuando reprime su impulso, en este sentido Horney concuerda con Freud en que todo impulso cuya expresión acarrearía un peligro exterior puede producir angustia, es evidente que los impulsos sexuales caen dentro de esta categoría, pero sólo en tanto haya estrictos tabúes individuales y sociales que los tornen peligrosos.

Un tercer motivo de disparidad con Freud es sus hipótesis de que la angustia sólo podría ser engendrada en la infancia desde la pretendida angustia del nacimiento hasta la angustia de castración, en tanto que toda ansiedad ulterior obedecería a reacciones que continúan siendo infantiles.

Por otra parte, la teoría organísmica de Goldstein (citado en May, 1968) plantea que el fenómeno de la ansiedad forma parte de la conducta catastrófica. Esto es, la ansiedad corresponde, en el aspecto subjetivo, a una condición en la que la existencia del organismo se halla en peligro. La ansiedad es la experiencia subjetiva de ese peligro para la existencia.

En suma, la condición catastrófica y el fenómeno de la ansiedad tiene una significación especial para la vida.

La ansiedad no está relacionada casualmente con la experiencia de un suceso en el mundo externo, aunque verdad es que, objetivamente, la condición se halla vinculada con ese suceso.

El organismo sacudido por ese shock catastrófico está relacionado con una realidad objetiva definida y el fenómeno básico de la ansiedad, la presentación de la conducta desordenada, sólo es comprensible en función de dicha relación. Más el sujeto no es consciente de esa realidad objetiva él experimenta únicamente el shock, la ansiedad. Su ansiedad es el resultado del funcionamiento desordenado de su organismo y no una reacción a un objeto. Esto que es válido para la ansiedad del enfermo, es asimismo válido para la ansiedad en general.

Por otra parte, la ansiedad representa un estado emocional que no se refiere a nada definido, que el origen de la ansiedad no se halla en nada ni en ninguna parte determinada. La ansiedad esta relacionada con la nada; es la experiencia interna de hallarse enfrentado con

la nada. Resulta evidente que para entender la conducta de un ser humano u organismo hay que tomar en cuenta los mecanismos empleados para evitar las situaciones catastróficas.

Cuando la ansiedad se apodera de grupos o naciones, puede forzar a los individuos a situaciones muy extrañas y conducirlos a renunciar a la razón y a la libertad, en un grado que parece inverosímil al observador objetivo. La diferencia característica entre las gentes libres y las masas radica en que las primeras disiden sobre sí mismas en libertad, soportan penas y pesares, pero lo hacen conscientes de su necesidad, por libre voluntad, con coraje. De ese modo a pesar de todas las restricciones necesarias, continúan siendo individuos, seres humanos. El hombre de las masas no es libre y no piensa acerca de lo que hace; sin embargo, podrá sentirse feliz de no tener que pensar. No necesita tener coraje; en la voluntad de otros encuentra la protección contra su ansiedad.

Cuanto más capaz es la persona de soportar el dolor y los pesares tanto mayor es la seguridad de que conserve su libertad.

Cuando los individuos normales son acometidos en un grado anormal por la ansiedad, son entonces incapaces de realizarse y el resultado son las situaciones catastróficas con sus consecuencias. Los estados anormales de ansiedad tienen orígenes en diversas causas, pero fundamentalmente son el resultado de incertidumbre sobre su existencia. Esa incertidumbre puede tener su base en dificultades externas o internas; puede tener sus raíces en sucesos de la vida personal del individuo o bien en la condición de un grupo, una clase, un pueblo, una nación, etc. Por otro lado la teoría existencialista de May, (1968) plantea que la cualidad distintiva de la ansiedad humana surge del hecho de que el hombre es el animal que valora el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e intensifica esto con su existencia como un yo. La amenaza a estos valores es lo que provoca

ansiedad. La ansiedad la define como la aprensión producida por la amenaza algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo. Puede ser una amenaza a la vida física misma, por ejemplo, la muerte; o a la vida psicológica, por ejemplo la pérdida de la libertad. O a algún valor que el individuo identifica con su existencia como un yo: el patriotismo, el amor a una persona particular, la devoción a la verdad científica o a una creencia religiosa.

Los valores y la ansiedad están condicionados por el hecho de que se vive en una cultura determinada y en un momento particular del desarrollo histórico de esa cultura.

Por cierto una de las más claras razones para el predominio de la ansiedad en nuestra cultura es el hecho de que vivimos en una época en que todos los valores sociales cambiaron radicalmente, en que un mundo está muriendo y el nuevo aún no ha nacido.

May plantea tres implicaciones terapéuticas:

Primero, el objetivo de la terapia no es liberar al paciente de la ansiedad. Es más bien ayudarlo a librarse de la ansiedad neurótica para que pueda enfrentar la ansiedad normal más constructivamente. En realidad, el único modo en que puede obtener lo primero es realizando esto último. La ansiedad normal, como se dijo anteriormente es una parte intrínseca del crecimiento de la creatividad; el yo se hace más integrado y más fuerte a medida que las experiencias de ansiedad normal son afrontadas con éxito.

Segundo, implica interrogantes acerca del uso de drogas para aliviar la ansiedad. (Excepto los casos en que si la ansiedad no es aliviada, puede llevar por sí misma a trastornos psicoterapia se haga posible) Ya que eliminar el síntoma sin ayudar a la persona a comprender su conflicto subyacente es robarle su mejor índice directivo y su motivación para su auto comprensión y el crecimiento.

Tercero, este capítulo implica que hay una relación inversa entre la estabilidad del sistema de valores individual y la ansiedad. Esto es cuanto más firmes y flexibles sean los valores, mayor será la capacidad para enfrentar constructivamente la ansiedad. Pero, cuanto más agobiado se esté por la ansiedad, más disminuirá la fuerza de los valores. Así una parte integrante del proceso terapéutico es que el paciente logre valores firmes.

El criterio para la madurez de los valores se desprende de las características distintivas del ser humano; los valores maduros son aquellos que trascienden temporalmente la situación inmediata, y abarca el pasado y el futuro. Los valores maduros trascienden también el grupo inmediato y abarcan el total de la comunidad, e ideal y finalmente comprenden a la humanidad como un todo.

Cuanto más maduros son los valores de un hombre menos le interesa si los mismos son realmente satisfechos o no. La satisfacción y la seguridad residen en sostener esos valores.

Por otra parte como se mencionó antes, las teorías de la angustia, plantean que no hay objeto definido que origina la misma angustia (sin objeto legítimo patente), por lo que Pichot (citado en Kielholtz, 1979) plantea, que la presencia de la angustia se confirma mediante la presencia de tres clases de fenómenos:

- Un sentimiento subjetivo que puede ser comunicado al observador y que se refiere, por una parte, a un estado de conciencia, y por otra parte, a determinadas sensaciones corporales.
- Alteraciones somáticas objetables y correspondiente a la musculatura, constantes biológicas, sistema nervioso central, sistema endocrino y a aquellos órganos que se encuentran bajo la influencia del sistema nervioso vegetativo.

- Alteraciones del comportamiento.

En el sector psicosomático hay múltiples posibilidades de manifestación de la angustia. Unas veces surge en forma consciente y bien patente; otras de modo inconsciente y enmascarado; en ocasiones en forma generalizada; en otros casos localizada.

En general, en alguna de las formas que acabamos de mencionar pueden observarse los síntomas psicosomáticos de angustia siguientes:

I.- Fenómenos expresivos mímicos.

II.- Síntomas por parte del sistema nervioso vegetativo.

Síntomas generales:

Inquietud y tensión interiores, temblor, sobre todo de finas oscilaciones, opresión cefálica y cefalea, palidez facial, crisis cefálea, sequedad de boca, sensación de vértigo, alteraciones del sueño, pavor nocturno en los niños.

Órganos de los sentidos: Hiperestesia sensorial general, midriasis, reflejo pupilar psicógeno, ensanchamiento de la hendidura palpebral, "moscas volantes", escotomas.

Sistema circulatorio: Ansiedad y opresión precordiales, taquicardia, extrasístoles, autopercepción del pulso, jaqueca.

Sistema respiratorio: Taquipnea, hiperventilación, sensación de ahogo, asma bronquial.

Tracto gastrointestinal: Sequedad de boca, anorexia, bulimia, hipo, opresión gástrica, meteorismo, espasmos intestinales, diarrea y estreñimiento.

Sistema urogenital: Poliuria y polaquiuria, espasmo del esfínter vesical, trastornos de la menstruación, dismenorrea.

Piel: Demografismo, prurito, fenómenos alérgicos.

En todo síntoma psicossomáticos es necesario comprobar la correspondiente significación por lo que se refiere a la angustia. En este sentido pueden corresponderle funciones muy diferentes al sistema corporal:

- a) El trastorno psicossomático, lo constituye parte de la angustia misma, o es un síntoma concomitante de ésta; así por ejemplo, la sudoración, las palpitaciones, la náusea angustiada.
- b) El transtorno psicossomático, surge en lugar de la angustia, cuya presencia no es comprable ni subjetiva, ni objetivamente. El síntoma presente posee unas veces carácter de equivalencia (sudoración diarrea).
- c) El síntoma psicossomático, unido a la angustia posee una función defensiva. Cuando el síntoma está presente, la angustia vital desaparece; el síntoma, en cambio, es reprimido, la angustia se manifiesta de nuevo. Por ejemplo, en la ingestión compulsiva de alimentos, conduce a la obesidad y que posee una función regresiva, arminorada de la angustia.
- d) Angustia a consecuencia de un acontecer corporal, lo cual conduce casi siempre a un círculo vicioso entre angustia-síntoma corporal y angustia de nuevo. La angustia aparece entonces como consecuencia de la comprobación y realización del síntoma corporal (como angustia real o como angustia moral) o directamente relacionada con el proceso corporal patológico (angustia vital; Kielholtz, 1970).

Antecedentes y definición del alcoholismo.

Por mucho que exploremos en la bruma de la antigüedad, nunca descubriremos el momento en que el hombre apreció por vez primera las virtudes e inconvenientes del alcohol. De todas las drogas que afectan a la mente y las emociones, el alcohol tiene la historia más larga. Podemos suponer con certeza que era conocido por el hombre neolítico y resulta razonable suponer, que incluso el hombre paleolítico, mucho más antiguo y más

primitivo, también conocía el solaz proporcionado por el vino. El hecho de que el hombre haya conocido tan precozmente el alcohol se debe a que cualquier jugo de fruta que se ha dejado al descubierto del aire, sufre un cambio conocido como fermentación. Dicha fermentación se debe a la actividad de un grupo de insignificantes hongos micelulares, las levaduras, que están presentes en la cáscara de las frutas, cuyas pequeñas esporas flotan por millones en el aire a nuestro alrededor, las levaduras son consumidores de azúcar, pero sus hábitos nutricionales son ineficaces, ya que en vez de quemar toda la molécula de azúcar hasta convertirla en bióxido de carbono y agua, simplemente consumen una parte de la molécula dejando el residuo en forma de alcohol. Este alcohol en particular producido por las levaduras, es conocido por los químicos como alcohol etílico.

Distintas razas en diferentes periodos han usado un número casi infinito de materiales con, los cuales se prepara las bebidas. Los antiguos Egipcios y los Sumerios prefirieron un extracto de grano germinado y así sentaron las bases por el arte de la elaboración de la cerveza. Los antiguos Hebreos o sus antecesores, aprendieron poco después del diluvio que ninguna fruta sobre la tierra produce un jugo más apropiado para la fermentación que la uva y prepararon con ella el vino que "ponía contento el corazón del hombre". Las tribus que vivían en las estepas de Asia central fermentaban kumis con leche de yegua. En México el potente pulque es fabricado con el jugo azucarado del agave. El vino de dátil se disfruta en Marruecos, el vino de arroz en Japón se sabe de vinos de diente de león, baya de sauce y prímula han alegrado el corazón de los herbolarios ingleses. La manzana produce la sidra, la pera la poma, la fragante miel debidamente diluida da lugar a esa aguamiel tan estimada por el Vikingo. Toda esta fermentación y burbujeó que pasó a través de incontables milenios colocó a disposición del hombre vinos o cervezas cuyo contenido de alcohol era

relativamente bajo. No fue hasta que el arte de la elaboración de cervezas y vinos se complementó con la destilación que se comenzó a disponer realmente de potentes licores alcohólicos.

No fue sino que mucho después que algún oscuro alquimista, probablemente buscando el elixir de la juventud, colocó vino en un alambique y produjo un fuerte destilado del cual un simple dedal contenía la potencia intoxicante de todo un vaso de vino. Así fue lanzada la humanidad al mar del espíritu en el cual desde entonces, tantos han ahogado no solo sus penas sino a ellos mismos.

Desde que fue descubierto, el arte de la destilería ha florecido enormemente, en los Estados Unidos, durante el año fiscal que terminó en junio de 1970, diseminaron desde las destilerías a todo el mundo un total de 3'472,574,700 litros de whisky, brandy, rum, ginebra, vodka. Agréguese a esto el contenido alcohólico de 134,654,000 barriles de cerveza y 2,698 705,000 litros de vino y obtiene uno un voluminoso océano de alcohol etílico. En este veneno protoplásmico no depurado, el pueblo de los Estados Unidos gasta más de lo que emplean en educar a sus hijos, el cuidado de sus enfermos o la glorificación de su Dios.

Durante los incontables siglos que tiene el hombre de conocer esta droga se han cantado varios himnos en honor de sus efectos. El Baco de color púrpura deificado por los griegos, coronando con una guirnalda de hojas de vid y agitando el tiro, fue en una época objeto de ferviente adoración y sus festivales, las bacanales proporcionaban ocasión para la complacencia colectiva en toda forma de excesos físicos. El vino lo han alabado tanto los sabios como los tontos, "me parece oh amigos que beber es correcto" dice Sócrates. El vino conforta el alma, atenúa la pena del hombre como la mandrágora produce gozo, como el

aceite a la fama. Incluso el abstemio San Pablo no tenía objeción para el vino, aconsejando a Timoteo "ya no beber agua sino, usar un poco de vino en bien de tu estómago".

Pero frente a cada himno en honor del alcohol hay una lamentación detallando los horribles efectos de consumir en exceso este veneno. Tan grande era la repugnancia con la cual Mahoma consideraba al vino que prohibió a sus seguidores beber por completo. (Ropp 1980). Así las bebidas alcohólicas se han asociado con mitos y leyendas adjudicándosele virtudes excelsas, o bien atribuyéndosele consecuencias trágicas.

Como en la antigua Grecia, alrededor del año 500 A.C., uno de los ideales más populares lo era Dionisios, el dios del vino, que inspiraba ceremonias y ritos (consumiéndose grandes cantidades de vino y en la que la alegría y la espontaneidad eran características). Lo mismo sucedía en Roma donde el culto a Baco constituía una fuente de confiabilidad, placer y relajación. Finalmente Hipócrates hacía hincapié en las propiedades curativas del vino al señalar que después de ingerirlo el enfermo se sentía más aliviado (Nietzche, 1943, citado en Souza, 1988).

A pesar de que en la historia se señalan algunas cualidades y actitudes positivas del alcohol, éste se ha considerado también como una maldición. El Génesis cuenta "Noé después de trabajar la tierra bebió su vino y quedó embriagado, echándose después en medio de su tienda, lo cubre su hijo Sem sale de su tienda a decirle a sus hermanos Cam y Jafet quiénes tienen vueltos sus ojos para no ver la vergüenza de su padre (Avanda 1974; citado en Souza, 1988).

Carlo Magno en el siglo VIII D.C. proclamó leyes en contra de los borrachos, la primera incidencia causaba multa, la segunda causaba sentencia de cárcel y la tercera decapitación. (Hayman, 1966. Citado en Souza, 1988). El hombre del siglo XIII y XIV

sellaba sus pactos de amistad chocando sus vasos de vino. Esto divulgó el uso del alcohol como un elemento de trascendencia en toda reunión social. En América, los pueblos de México, Perú y Colombia, desde mucho antes de la llegada de Colón conocieron los efectos del alcohol extraídos de ciertos agaves. En épocas anteriores a la conquista en México se utilizaba el maguey, llamado "Metl" para elaborar pulque.

La sabia del maguey se utilizaba para convertirla en endulzado o en vino (octli) y si de la fermentación alcohólica pasaba a al acética butírica o pútrida se convertiría en "pollugui" de donde se derivan el nahuatlímiio "pulque" (González 1978, citado en Souza, 1988).

Existen numerosas leyendas ligadas al origen del pulque, una de ellas es la que atribuye su invención al noble Papantzin quien lo ofrecía al Rey Tepalcatzin, por medio de su hija Xóclitl. La combinación de la bebida embriagante y de la doncella fue irresistible para el monarca quien se casó con ella y tuvieron un hijo al que llamaron Meconetzin, o sea hijo del maguey (González 1978, citado en Suoza, 1988).

Por lo anterior, nos podemos dar cuenta del papel tan importante que tuvo en México el pulque como iniciador de una cultura de alcoholismo la cuál ha trascendido hasta nuestros días. El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica difundida en todos los sectores de la población mexicana. El alcohol ha estado vinculado a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos que habitaron y habitan nuestro país, así como a los cambios registrados a través del tiempo. Las bebidas tradicionales y las industrializadas coexisten en el México actual. El pulque como se mencionó en párrafos anteriores estaba asociado a la mitología de los grupos indígenas, se sigue consumiendo, especialmente en zonas rurales y se le siguen atribuyendo propiedades especiales nutricionales y terapéuticas.

Las bebidas industrializadas juegan un papel importante en la economía del país y son consumidas principalmente en las zonas urbanas con un carácter occidentalizado.

México presenta aspectos heterogéneos en muchas de sus características, combinando una serie de circunstancias y problemas propios de un país aún en desarrollo, con otros que son indicativos con una incorporación al mundo industrializado. Esto se evidencia en el terreno de la salud, la economía y la sociedad en su conjunto.

La coexistencia de lo tradicional y lo contemporáneo se manifiesta también en la producción, comercialización y consumo de las bebidas alcohólicas.

Al mismo tiempo que las bebidas de carácter internacional han tenido un enorme crecimiento industrial en los últimos cuarenta años, y su consumo se ha difundido en la población, especialmente en las crecientes concentraciones urbanas, se continúa con la producción y consumo de bebidas tradicionales y regionales con un carácter doméstico o de pequeñas industrias familiares en zonas del interior del país.

El consumo también se presenta de manera heterogénea: mientras una considerable proporción de la población es abstemia (especialmente las mujeres y los jóvenes), entre los bebedores una proporción importante consume alcohol en forma ocasional pero en cantidades altas. Así como el consumo de bebidas y el tipo de los mismos es diferente en cada estado de la República. La cerveza por ejemplo es consumida en forma importante en la región del norte, por las circunstancias climatológicas.

Según Rovosky y cols. (1992) el consumo de alcohol en 1989 fue de 4.7 litros para la población mayor de 15 años (3 litros para la población total). En comparación de otros países incluyendo los de Latinoamérica el consumo en México es bajo.

La ingestión de etano está representado principalmente por la cerveza (alrededor de un 70%), seguida de los destilados (casi un 30%) y, en forma menor (1%) por los vinos. Otras bebidas como las sidras y los licores tienen poca importancia, igual que la de los vinos de mesa: éstos últimos aunque no son muy importantes han registrado un aumento en las ventas a través del tiempo. Los destilados, en cambio, parecen haber ido disminuyendo su importancia relativa a través del tiempo tal vez por el consumo de cerveza y vinos de mesa.

Dentro del mercado de los destilados, los brandies han ido cobrando cada vez más importancia en las ventas, seguido de los roncs, en lo que respecta a los destilados.

La producción y venta de estas bebidas ha mostrado una tendencia a concentrarse cada vez en un menor número de firmas, adquiriendo un carácter oligopolio. Así, pocas y poderosas empresas han desplazado a otras más pequeñas y / o de carácter familiar, compitiendo fuertemente por el mercado de consumidores a través de numerosas estrategias promocionales, de una eficaz distribución y de un alto gasto publicitario.

Las recientes políticas hacia la apertura a las importaciones han permitido aumentar la disponibilidad de bebidas. A través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adiciones se sabe que las bebidas circulantes en México son consumidas por cerca de la mitad de la población, y que una pequeña proporción de los bebedores son responsables del consumo de altas cantidades de alcohol. Se menciona la ingestión de otras bebidas no incluidas entre las industrializadas, como el pulque y el alcohol de 96 y aguardientes regionales, en especial, en la población de escasos recursos. Los problemas vinculados al consumo son diversos, y van desde asociados al consumo crónico y excesivo, hasta las muertes por cirrosis hepáticas: también están los de tipo agudo y de índole social, tales como los accidentes y violencias con marcadas diferencias regionales.

Problemas ocasionados por la ingesta de alcohol

Problemas Médicos y psicosociales. El consumo de alcohol, ya sea en forma ocasional, moderada o excesiva, tiene su origen en patrones sociales y culturales, entre los que se destacan por la frecuencia con la que aparecen, aquellos en la que se comparten bebida alcohólicas, bien sea como mediador de las relaciones sociales interpersonales, o por su efecto estimulante y desinhibidor.

El consumo de alcohol generalmente se inicia de esta manera en la adolescencia o la edad adulta joven habitualmente para socializar, frecuentemente como una forma de aceptación o de adquirir prestigio, como una manera de explorar la sensación de estar dentro de la categoría de "adulto independiente".

Hay otros factores que pertenecen o se relacionan con motivos de índole psicosocial, como es el grado en el cual una sociocultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación o tensiones internas, en cuyo caso la ingesta de alcohol es favorecida como un reductor de la tensión, así como las actitudes que propicia la comunidad entre sus miembros respecto al consumo de bebidas alcohólicas y la medida en que posee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Dentro de los problemas sociales generados por el abuso de bebidas alcohólicas se encuentran los problemas médicos en grandes grupos de la comunidad, relacionados principalmente con enfermedades crónicas degenerativas, las cuales sirven como un indicador del alcoholismo, como ocurre en la cirrosis hepática y la mortalidad causada por ésta. La relación entre cáncer y alcohol la ingesta abundante de alcohol implica riesgo evidente de presentar cáncer de boca, garganta, laringe, faringe, esófago, páncreas (acta psiquiátrica 1992).

Otros problemas son las transgresiones a las leyes establecida bajo el influjo del alcohol, como ocurre en la relación de éste con los accidentes, los homicidios, los suicidios y la delincuencia; los problemas familiares ocasionados por el alcoholismo en alguno de sus miembros, lo que trae como consecuencia agresiones físicas o verbales, problemas conductuales y de aprendizaje en los niños, problemas conyugales, merma de los ingresos familiares, etc. Finalmente se señala el deterioro de la economía, como es el gasto generado por la atención de enfermedades debidas al alcoholismo, los accidentes de trabajo y el ausentismo laboral.

Otros factores relacionados con este problema son los económicos, como son la proliferación de establecimientos en los que se venden bebidas alcohólicas y su relación con los problemas sociales consecuentes, teniendo como ejemplo el notable incremento de expendios de estas bebidas en el estado de Quintana Roo en la última década, y su relación con la muertes en accidentes de tránsito, que en este estado a ocupado el primer lugar en la República Mexicana a pesar del tamaño de su extensión territorial y de su población, comparativamente con otros estados.

Otro aspecto en este renglón, es el incremento en la producción y venta de bebidas alcohólicas, así como el gasto en publicidad y el uso masivo de los medios de comunicación, ya que la dinámica del consumo se ve influida por las estrategias de comercialización, ya que la publicidad y la promoción son elementos que orientan la demanda, estimulando conductas asociados a modelos de prestigio que pudieran promover el consumo de determinadas marcas entre nuevos consumidores, como los jóvenes y las mujeres. Sin embargo, debe considerarse que en los últimos años algunas compañías incluyen dentro de su publicidad, una invitación al consumo moderado, así como a la evitación de riesgos.

Morbi-mortalidad relacionada con el alcoholismo. Clínicamente, se ha demostrado la correlación directa que existe entre alcoholismo, el padecimiento y la muerte por cirrosis hepática alcohólica del usuario. También se ha comprobado que el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas es causa directa de muertes violentas producidas por accidentes de tránsito u homicidios por riñas. Asimismo, es conocido que el alcoholismo influye de manera indirecta e importante en la complicación de otras patologías, como puede ser la diabetes mellitus.

Otro análisis señala que a nivel nacional la tasa de Mortalidad y de participación relativa a defunciones por alcoholismo y afecciones relacionadas con el alcohol para el año de 1990 fue de 517.43 casos por cien mil habitantes. Las tasas específicas de mortalidad en ese mismo año fueron para el alcoholismo 3.14, congestión alcohólica 2.15 y cirrosis hepática alcohólica 11.71 y gastritis alcohólica 11.71, seguida por psicosis alcohólica 0.09 y gastritis alcohólica 0.07 por cien mil habitantes. Cabe hacer notar que, en un sólo año, cerca de medio millón de personas han fallecido por estas causas asociadas alcohol.

Otro aspecto es el peligro que se presenta cuando una mujer embarazada consume alcohol en ciertas cantidades y por un período no especificado. Se ha comprobado ya desde hace algún tiempo la existencia del "síndrome del feto alcohólico", que se caracteriza por algunas malformaciones congénitas, por bajo peso al nacer y por el desarrollo posterior de una deficiencia mental bien definida, todo ello atribuible a la ingestión excesiva de alcohol por la madre durante el embarazo.

Problemas sociales. Existe una íntima relación entre el consumo de alcohol y las infracciones a la ley, hechos criminales y accidentes de tránsito, debido a que la infesta de alcohol altera los ánimos y desinhibe los controles éticos altera los reflejos condicionados,

hace perder la correcta percepción de distancias y tiempos, y causa mareos. Consumido en cantidades mayores causa doble visión, psicosis alcohólica y pérdida de la memoria.

Un gran número de crímenes se comenten bajo la acción del alcohol, y en nuestro medio, las muertes violentas y el crimen constituyen uno de los factores más importantes de mortalidad. En el ISSSTE, el primer lugar en la hospitalización psiquiátrica está dado por el alcoholismo y sus complicaciones, sobre todo psicosis alcohólicas y síndromes orgánicos cerebrales secundarios al alcoholismo, con un promedio de 15 años del mismo.

Problemas familiares.- Otro aspecto de gran importancia es el efecto que el consumo excesivo de alcohol ocasiona en la familia, el cual puede traducirse a veces en el maltrato a los hijos tal y como lo demuestra un estudio; constató que el alcoholismo ocupó el segundo lugar como causa de agresión a los hijos.

Así también se ha encontrado en estudios realizados por la Universidad Nacional Autónoma de México en el Distrito Federal, y la Universidad Autónoma del Estado de México en la ciudad de Toluca, en una población de 286 98-37 menores, que en las familias con menores con problemas de aprendizaje, el 65% de los padres eran bebedores excesivos, y que el 35% de estos tenían problemas de conducta severos de agresividad física frecuente en estado de ebriedad, en forma significativamente mayor que en los menores del mismo nivel socioeconómico sin estos problemas, en el 53% de estos sujetos bebedores se encontró una importante frecuencia de problemas conyugales y legales. En estas familias, el 15% de los hermanos era ya bebedor excesivo, estas características son descritas frecuentemente como complicaciones sociales en todos los países.

Efectos laborales por el consumo de alcohol. En cuanto a los efectos laborales se encuentran como factores negativos, principalmente, el ausentismo y los accidentes de

trabajo ocurridos cuando el obrero se encuentra alcoholizados o con los efectos al día siguiente.

En el IMSS, se ha referido que el promedio de ausentismo por esta causa en los sujetos derecho habientes alcohólicos es de 2.5 meses por año, con pérdida de 625 horas laborales por sujeto en este mismo periodo. Un problema similar es referido en un estudio longitudinal realizado en el ISSSTE en la ciudad de México a lo largo de 6 años, encontrando aquí un incremento anual en las tasas de alcoholismo proporcional al incremento de población derecho-habiente, con una distribución homogénea respecto a las dependencias gubernamentales atendidas en este sistema de seguridad social.

Se calcula que el alcoholismo es responsable de la pérdida de 160,000 horas quincenales entre los trabajadores asegurados, y que el 12% del total ausentismo laboral se debe a la ingestión exagerada de alcohol.

A los daños del ausentismo laboral debemos agregar que muchos trabajadores en cuyo entrenamiento se ha invertido tiempo y trabajo, al tornarse en bebedores excesivos enferman y causan incapacidades a pesar de estar en la plena etapa productiva.

El IMSS ha estimado que un 18% de los accidentes laborales se relacionan con la ingestión de alcohol, representando grandes pérdidas materiales y humanas (Conadic , 1992-1994).

Después de haber mencionado el papel que tiene el alcoholismo en el cambio total de la vida de un individuo, es importante plantear que se entiende por alcoholismo, y como diferentes especialistas han luchado por definirlo. Existen definiciones que adulen de un modo u otro, la pérdida de libertad del individuo frente a las bebidas alcohólicas y otras que

se basan en los trastornos psíquicos, corporales o sociales por el consumo regular ó irregular del alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (citado en Conadic, 1992-1994), 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 socialmente está aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo.

La OMS plantea también que el alcoholismo incluye un trastorno en el cual el consumo del alcohol va en detrimento de la salud ó del funcionamiento social de la personalidad, por un período de tiempo. Si el alcoholismo surge en el curso de un trastorno mental ó como síntoma de éste, en la clasificación debería darse prioridad a dicho trastorno, si es posible sin embargo, el alcoholismo debería figurar como diagnóstico separado.

Actualmente, existe gran aceptación del concepto "síndrome de dependencia", propuesto por Edwards y que es el que se utiliza en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los indicadores de dependencia de esta clasificación, incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, síndrome de abstinencia, tolerancia, uso para aliviar abstinencia, reducción del repertorio conducta, abandono de actividades y placeres alternativos para el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un período de abstinencia. El síndrome de dependencia del alcohol es uno de los problemas que puede ocasionar el consumo de alcohol, que puede presentarse en grados variables y que no todos los elementos tienen que estar necesariamente presentes siempre.

El avance que representó no ver al alcoholismo como un vicio, sino como una enfermedad, y la investigación científica consecuente, llevó posteriormente a no limitar su campo de estudio exclusivamente al área médica, ya que uso y sobre todo el abuso de bebidas alcohólicas tiene raíces y consecuencias económicas, culturales y sociales que rebasan ampliamente los límites de la medicina. Bajo esta aproximación, los problemas de consumo del alcohol deben considerarse patrones de comportamiento socialmente adquiridos o que se mantiene por antecedentes de naturaleza fisiológica, sociológica o psicológica, tales como reducción de la ansiedad, incremento en el reconocimiento social, evitación de síntomas fisiológicos por la abstinencia entre otros; y que pueden considerarse como eslabones etiológicos que contribuyen al mantenimiento del alcohol.

Teorías del alcoholismo

En una sociedad relativamente permisiva frente al alcohol, los individuos penetran muy pronto, en el momento de su adolescencia, en un ciclo de alcoholización. La emergencia del fenómeno de la toxicomanía en los años 1970, ha relativizado el problema del alcoholismo. Sin embargo, si bien no todos se convierten en enfermos del alcohol, un gran número no salen indemnes de ese encuentro. Las consecuencias sociales, económicas y médicas son muy conocidas, pero no es seguro que se mida realmente el precio muy elevado, en particular por la suma de sufrimientos así desencadenados.

Para el público, la manera de beber tiene más importancia que las cantidades consumidas y se reprocha más al alcohólico la indecencia que supone exhibir su fisiología, que su pérdida de control.

El alcohólico es tranquilizador para el grupo que demuestra las virtudes de la abstinencia, pero a la par, inquieta al obligarnos a considerar los peligros que nos amenazan.

La alcoholología contemporánea es más atenta que en el pasado la personalidad del enfermo del alcohol. La existencia de tratamientos fisiológicos eficaces, permite frecuentemente retardar la aparición de las complicaciones somáticas. Es importante el tratamiento conductual y psicológico del paciente. Hay que acostumbrarse a la idea de que los grandes consumidores de alcohol no son solamente enfermos, sino sujetos cuya vida entera está enferma.

Según Pellicier (1991), Para el público el alcohólico es como un loco. Ambos son sospechosos de ser hombres de placer. Se les observa, se les denuncia, son objeto de risa o de acusación.

Este exterior del bebedor se expresa en el reconocimiento de las formas de beber. Sin duda cada individuo bebe a su modo, pero la manera de beber es más ó menos un compromiso entre el deseo del bebedor y una tradición. Por este hecho cada región, cada cultura, se da en este terreno sus propias reglas. El código de beber no está inscrito, pero es muy riguroso. En el interior del código se puede beber en exceso sin ser notado. Hacia el exterior la censura no puede evitarse. Durante largo tiempo la mayor parte de los bebedores se conforma con el código del grupo. En un momento clave de su evolución están en la imposibilidad de respetar esta regla del juego. De una manera general, el beber no es un problema cuando el gesto de consumo está justificado, ya sea por una necesidad de reparación fisiológica, ya sea por la convivialidad (Pellicier, 1983, citado en Salud Mental, 1991).

El bebedor solitario es siempre sospechoso: ocultarse para beber evoca un deseo mal controlado. La manera de beber es más significativa para definir la situación del sujeto en relación con el alcohol, que las cantidades consumidas. Se reprocha a un alcohólico ebrio la

indecencia que tiene para exhibir su fisiología. El borracho es exhibicionista, y a veces impúdico. Este exhibicionismo es muestra de una desnaturalización por el tóxico, un desenmascaramiento de la animalidad tan cuidadosamente envuelta en el ropaje de la humanidad. Este borracho ofrece a los otros su suciedad, su mal olor, su falta de higiene, la sociedad lo rechaza. Hay en la borrachera una "alcoholización-espectáculo" que determina la mirada. Otras alcoholizaciones no menos terribles son secretas y discretas.

El alcohólico tiene todas las edades y en la discusión siempre está excusando su alcoholismo, dando la impresión que quiere mentir cuando busca la aprobación. Es todo el problema de la "mala fe". Entre el placer y la desgracia el alcohólico continúa bebiendo, amortiguando entre la percepción de las cosas por el tóxico y sin que se emocione para nada cuando está bajo su imperio.

El bebedor parece organizar su consumo como un vasto dispositivo para ausentarse. La existencia humana es presencia, pero estar presente cuesta caro porque es necesario mantener constantemente una reciprocidad: saber dar, poder recibir, hay que reconocer y hacerse reconocer. Toda existencia es plenamente humana por relación a una identidad y a una validación recíproca. El mayor bebedor rehusa esta relación de presencia. La sociabilidad que se le imputa al alcohol solo existe en el bebedor controlado. El bebedor irracional es como una piedra lanzada al lado de los otros. El cuerpo que lo compromete en la relación no es un cuerpo carnal listo para la reciprocidad, para el intercambio del amor y de la sexualidad. Es un cuerpo-objeto transformado más o menos, desnaturalizado, verdadero receptáculo de la bebida "sagrada". La vivencia de este bebedor excesivo se distribuye en tres mundos (Pellicier 1975, citado en Salud Mental, 1991). El primer mundo es el de los otros, aquel en el que el bebedor está en ayunas o casi; es el mundo de su

acusación porque en ese momento no puede escapar al discurso y a las críticas, de tal manera que para salir de la cárcel y del tribunal, es remitido a su propio deseo que es el de consumir. El segundo mundo es el de la ebriedad eufórica: es el mundo de la omnipotencia del deseo en que todo se vuelve simple, accesible. Las palabras del discurso dicen todo aquello que se quiere decir, las palabras del otro son filtradas y retransmitidas con una intención placentera. La magia de la droga-alcohol, rejuvenece, levanta las barreras, crea un universo de pacotilla, los acusadores quedan abolidos; cada ebriedad es la noche en que quedan abolidas las dificultades y los conflictos.

El tercer mundo es un abismal, el de la ebriedad profunda casi mortal ó de coma; el viaje alcanza aquí los extremos de la noche, de aquí se regresa como se regresa de la muerte. A veces, se puede precipitar en ella como se va hacia la muerte. A veces, por los demás, es ella la que se presenta al final de la experiencia. A veces el viaje es irreversible. La obscuridad alcanzada es la de la encefalopatía o de la demencia.

En esta vivencia, el fin perseguido a través de las conductas de consumo excesivo, no es un cumplimiento en la muerte. Lo que rechaza el gran alcohólico no es la vida como la presencia de sus cargas. Frecuentemente cuando el gran intoxicado está colocado frente a la muerte, queda como sorprendido en el sentido más fuerte del término. Al pasar de la condena del exterior hacia una captación del interior, se produce algo que modifica la mirada.

Hay actualmente una tendencia general para admitir la privatización del destino. La inclinación de las ideologías colectivas, permite al individualismo afirmarse hacia menos escándalo. Por este hecho el beber aparece como una elección del destino.

Por otra parte hay una experiencia más amplia de comportamientos humanos. La "comedia humana" se ha ampliado hacia otras anomalías de la conducta. La alcoholización parece más familiar y se instala en una cierta trivialidad.

El alcohólico, que es un verdadero enfermo del alcohol, sufre ya sea en su cuerpo, en su espíritu o en sus comportamientos, el efecto pleno del tóxico. Este enfermo de alcohol no es forzosamente dependiente en el sentido de que la suspensión de la intoxicación le es imposible, o en todo caso muy difícil. En una etapa ulterior se convierte a la vez en el portador de una patología manifiesta y en la víctima de una imposición por la necesidad del alcohol, aunque sea de manera oculta. Cuando la necesidad está bastante presente, cuando la abstinencia es un tormento, se encuentran realizadas todas las condiciones de una evolución grave que escapa a toda posibilidad terapéutica. Es en esta última forma que se puede observar lo que se llama "alcoholismo molecular". El enfermo bebe no importa qué, con tal de que la bebida contenga la molécula etílica. Contra el alcoholizante, juegan en nuestro país de manera importante, el contexto social, los oficios, la mística del alcohol, la facilidad y el bajo precio del producto.

Ahora bien, si se trata de la dependencia que se observa en el alcoholizado se encadena el hombre al alcohol, es dentro de esta perspectiva que se define el objeto totalitario.

Pellicier (1991); plantea que vivimos en un sistema de objetos investidos y que estos objetos tienen con nosotros una relación privilegiada. Lo que es objeto totalitario es una enfermedad mortal del sistema de los objetos. Se produce, una especie de captación del sujeto, una especie de incautación del individuo por una de los elementos del sistema, que es investido de una manera tan excesiva que llega a ocultar a los otros. Cuando está ausente es

desendo y se inscribe dentro de una relación de falta y de necesidad. El objeto totalitario es el útil de la dependencia. El consumidor es de hecho consumido. Cree elegir pero es elegido. Piensa actuar pero es actuado. El objeto totalitario tiene como característica esencial desposeer al sujeto, y de toda influencia sobre ella. De hecho si la palabra situación remite a un sistema organizado por y para un hombre percibido por un sujeto, el objeto totalitario destruye la posibilidad de una situación. El hombre víctima del objeto totalitario ya no está en situación: es manipulado por la droga.

De esta manera, el alcohol para el alcohólico, la droga para el drogadicto, el juego para el jugador, la ideología fanática, constituyen sistemas totalitarios. El bebedor frente al alcohol está en una posición extraña, la del consumidor que será consumido por su objeto, la de un sujeto que a partir de una pretendida búsqueda de placer encontrará finalmente una larga cadena de sufrimientos. El objeto totalitario es sin duda la respuesta a una carencia.

Por otra parte, hay otros autores que tratan de dar solución a la etiología del alcoholismo, pero como lo plantean Edwards (1968) y Walter (citado en Pittman, 1966) las causas del alcoholismo son múltiples, ya que una sola explicación a la etiología del alcoholismo, no responderá a todos los hechos tan complejos del alcoholismo, no responderá a todos los hechos tan complejos del alcohólico.

Edwards (1986), para comprender porque se bebe en exceso se debe entender que el alcohol es una droga, que por lo menos a corto plazo, elimina o mitiga una amplia variedad de sentimientos desagradables, como la ansiedad o la depresión. La vida puede parecer aburrida o inútil, invalida por una sensación de vacío, o bien puede haber sentimiento crónicamente agudo incómodo de frustración e inquietud. La persona insegura o la que pone en duda su estima encuentra en la bebida la posibilidad de terminar temporalmente esos

sentimientos. La intoxicación alcohólica reafirma los sentimientos de masculinidad y de poder. Edwards, al igual que Pellicier (1991), esta de acuerdo de que el alcohólico usa muchas veces el alcohol como una droga para alterar la percepción de un mundo que ve difícil o para mitigar sentimientos acerca de si mismo con los cuales le resulta difícil vivir.

Para que el alcohol produzca estos efectos, se necesita ingerirlo en cantidades excesivas; y como el alcohol solo produce alivio temporal, la dosis se tiene que repetir con frecuencia. La persona desarrolla una tolerancia al alcohol que se ve en la necesidad de consumir grandes cantidades cada vez mayores para lograr los fines deseados., además, algunos efectos no deseados pueden entrar en juego posteriormente. Beber en exceso puede causar una "alteración de los nervios", la propia conducta del ebrio puede hacer del mundo un lugar hostil y las consecuencias de ella pueden darle buenas razones para sentirse frustrado y fracasado. El problema entonces se vuelve circular.

Edwards identifica distintas razones por las cuales el individuo bebe; una de las causas plantea es; la personalidad, no implica que todos los alcohólicos padecen de neurosis o de trastornos de la personalidad, ni tampoco que una alteración grave de la personalidad es causa necesaria o suficiente para el desarrollo del hábito de beber en exceso. Muchas veces sin embargo, el hábito de beber en exceso se desarrolla en una persona cuya constitución psicológica se encuentra gravemente trastornada; aún entonces es necesario entender a esa persona en particular y observar que hace el alcohol para aliviar su padecimiento psicológico, en lugar de usar etiquetas como "personalidad desubicada" ó " psicópata", que oscurece el entendimiento del problema.

Trastorno mental.- Los estados depresivos y de la ansiedad pueden predisponer a la bebida, mientras que la hipomanía, la esquizofrenia, cuando va acompañada de ansiedad, y el

síndrome de los celos patológicos asociado con la ansiedad, proporcionan ejemplos de síntomas que generan alteraciones de estado de ánimo, las cuales a veces dan origen a un consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Situaciones angustiosas.- Es posible que una persona sea ansiosa porque tiene una marcada tendencia a la ansiedad como uno de sus rasgos característicos, o bien, debido a una alteración anímica como resultado de un trastorno mental; la tercera posibilidad es que la persona se encuentre en una situación que le produzca angustia, por lo tanto los peligros a los que se llegue a exponer el individuo en su vida diaria amenazan cuando hay carencia de apoyos opcionales, de formas más positivas de enfrentar las cosas o cuando hay cierta vulnerabilidad en la personalidad. Por lo general, lo que necesita para atraer la bebida en una coincidencia de factores, entre los que se incluyen las circunstancias de tensión total.

Beber en exceso por razones psicodinámicas.- El alcohol no es sólo una sustancia que se consume en exceso por sus efectos narcóticos, en apariencia benéficos sino que beber también tiene significados simbólicos y subconscientes muy importantes. Puede ser parte de una representación donde el bebedor está atrapado como especie de objeto escénico y la bebida está involucrada, una y otra vez, con transacciones dinámicas importantes entre esa persona y otras que lo rodean.

Beber en exceso e influencias ambientales.- Los factores socio-culturales, económicos o ambientales inmediatos que favorecen el exceso en la bebida o que ponen al alcohol directamente enfrente del individuo. Estas influencias pueden ser las del hogar cuando se es niño o de las expectativas culturales que el adulto ha adoptado como normativas de actitud sobre el trabajo. Las influencia inmediatas de la bebida en él o sobre el tiempo libre, u otras presiones de la bebida presentes en el momento, también pueden ser

muy importantes. Para saber por lo que el individuo consume alcohol, se requiere observar las actitudes hacia la bebida que su cultura específica le ha inculcado, por ejemplo se enseña que "un verdadero hombre" es "un buen bebedor", mientras que se sospecha de la virilidad de un hombre que bebe con moderación o que es abstemio.

Influencias genéticas.- Los resultados de las investigaciones de la genética sobre el consumo de bebidas y el alcoholismo indican que no debe descartarse a la herencia, aunque su influencia depende de factores adicionales impidan o estimulen al individuo a beber en exceso. hablar del porcentaje de contribución de la genética en términos abstractos, resulta irreal. En la mayoría de los casos la herencia desempeña un papel insignificante y, por lo general, el ejemplo paterno es más importante que los genes de los padres. Sin embargo, puede haber otras circunstancias en las que la herencia sea más significativa, ya sea que funcione más bien mediante una tendencia depresiva o de altos niveles de ansiedad hereditarios que por medio de una transmisión directa de la afición por el alcohol o de una predisposición metabólica.

Beber en exceso como un proceso circular.- Cuando una persona tiene un problema grave con su forma de beber, las razones que la obliguen a ello quizá se perpetúen a si mismas.

El proceso circular incluye tanto factores psicológicos como sociales.- El bebedor puede deteriorar su autoestima, convencido de que es un inútil, formarse un sentimiento de culpabilidad, ser extremadamente pesimista, y naturalmente, deprimido, desde el punto de vista clínico. El beber y sus consecuencias generan estos sentimientos, por lo que esa persona ingiere alcohol pues al parecer no hay otra forma de a enfrentarlos.

El beber excesivo crónico puede ser también el resultado del daño cerebral producido por la ingestión de alcohol. Lamentablemente, es casi seguro que se encuentre este proceso circular en un paciente que tiene un notorio daño cerebral debido al alcohol.

Causas inoperantes y experiencias latentes. Son dos aspectos etiológicos; en primer lugar, tenemos un caso en el cual el consumo de alcohol es de origen hereditario y que en un momento dado se vuelve crónico debido a otras influencias presentes., por ejemplo, una mujer que en su juventud sentía que su timidez la limitaba, recurrió al alcohol para enfrentar estos sentimientos, quince años más tarde es dependiente del alcohol, y esta dependencia y muchas circunstancias más hacen crónico su consumo de bebidas alcohólicas. Quizá, esa mujer afirme que bebe porque es tímida pero si dejara de beber se sorprendería al darse cuenta de que superó este problema en forma considerable. Una depresión, de la que el paciente se ha recuperado completamente puede ser también una razón importante para que se convierta en dependiente del alcohol.

Una segunda situación muy diferente se presenta, por ejemplo en el caso de que un hombre a quien el fracaso matrimonial lo condujo con una rapidez sorprendente a aumentar el nivel de consumo de bebidas alcohólicas. En una entrevista posterior se descubre que hace diez años. antes de que se casará y llevará una vida estable, estuvo, en la marina mercante durante los cuales bebió en demasía y estuvo al borde de la dependencia. Al parecer el ser bebedor es una habilidad aprendida, que al igual que el conducir bicicleta, una vez que se aprende queda latente.

Después de lo mencionado en párrafos anteriores Edwards (1986) plantea que debe de quedar de manifiesto que si la persona ingiere bebidas alcohólicas puede deberse a una gran variedad de interacciones e influencias del ambiente y otros aspectos de la personalidad,

a las necesidades de automedicación y a los significados dinámicos que se dan al alcohol, a las fuerzas del presente, y a los procesos primarios de autoconservación. Por lo que el alcoholismo siempre está arraigado en un trastorno de la personalidad, siempre obedece a una carencia de destrezas sociales o siempre es producto de la soledad resulta inadecuado y mal concebido.

Por otra parte, Pittman (1966), propone que en sus combinaciones directas con los fluidos y los tejidos del cuerpo, la absorción del alcohol constituye un fenómeno químico. En lo que se refiere al resultado de las combinaciones, el alcohol es fenómeno biológico. En relación con las interrelaciones de la personalidad individual, el alcoholismo es un fenómeno social. Por lo tanto la investigación exige un enfoque flexible por su capacidad de abarcar diferentes disciplinas científicas.

Plantea que por lo menos en un aspecto hay claridad: el alcoholista se convierte en adicto a una sustancia que no produce adicción en el no alcoholista, ya que 70 millones de personas beben socialmente y solo 5 millones tienen problemas.

Knight (citado en Pittman, 1966) propone la teoría sobre la etiología del alcoholismo, señalando que los alcoholistas poseen personalidades preuórbidas orales y narcisistas, señala la existencia de constelaciones familiares difíciles que crean frustraciones orales específicas, las que a su vez producen fijaciones orales. Afirma que los alcoholistas, lo mismo que otros adictos, no toleran la tensión tienen poca resistencia al dolor, a la frustración o a la demora de la satisfacción.

Puede existir una "tensión amorfa", aliviada únicamente por el alcohol, de modo que la realidad se disipa y solo queda el alivio y el goce aportado por la bebida. El sufrimiento que impulsa a beber está al acecho cuando concluye la borrachera y se ve agravada por el

estado tóxico del paciente y por el recuerdo del alivio y de la euforia originados por el alcohol.

Flemming (citado en Pittman, 1966) desecha la oralidad, señalando las limitaciones y las dificultades de la absorción del alcohol por otra vía que no sea la oral. Agrega que en general los hombres se muestran más tolerantes que las mujeres frente a la conducta alcohólica, y que el varón alcohólico tal vez se reúna con otros varones no tanto debido a sus deseos homosexuales inconscientes como a la falta de interés de la mujer por la borrachera masculina.

La teoría generotrópica de William (citado en Pittman, 1966) presume que el alcoholista necesita mayor cantidad de vitaminas o es capaz de utilizar satisfactoriamente las que consume en una dieta corriente. Poca duda cabe de que es necesario apelar a las vitaminas en el tratamiento del alcoholista crónico, debido a la deficiencia provocada por una dieta inadecuada y posiblemente al aumento de las necesidades suscitadas por la excesiva proporción de alcohol metabolizada.

Por otra parte Levy (citado en Pittman, 1966) ha subrayado que desde el punto de vista del paciente el alcohol puede cumplir diferentes funciones, y que de las funciones cumplidas puede inferirse la naturaleza de la "personalidad alcohólica". Una función de descarga que atenúa la represión y permite manifestar impulsos y obtener satisfacciones que no armonizan con el concepto corriente del yo, una función narcotizadora que procura olvido, una función simbólica que aporta satisfacción pasiva; una función masoquista que expía la culpa y admite y explica fracasos que por lo demás son obvios; sentimientos de hostilidad expresados francamente o revelados a través del retiro a una posición inabordable y sobre la cual no es posible incluir; la homosexualidad y la satisfacción de las necesidades

orales y la identificación del paciente con progenitor alcoholista, y el descubrimiento final de su identidad como "alcoholista". La imagen del alcoholista lo muestra como un individuo agobiado por la ansiedad con sentimientos de culpabilidad, inadaptado, inmaduro, bobástico y poco dispuesto a reconocer límites; dotado de escaso control sobre las variaciones de su propio humor; dominado por ideas hipocondríacas; introvertidos etc. Hay personalidades que son psiconeuróticas, o que implican desórdenes de carácter. El Dr. Fernández (citado en Molina, 1982) al igual que los autores antes mencionados propone que no hay una sola causa del alcoholismo. Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo. El síndrome es multifactorial y existe en grados. Por la misma razón, las incapacidades de cualquier individuo, relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, son susceptibles de un análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmaco-dependiente. El síndrome de dependencia del alcohol es una condición diagnosticable, en la que los factores ambientales y sociales juegan un papel importante e interactúan con los que son propiamente orgánicos o biológicos. En resumen no existe una causa única sino una interacción complicada de factores fisiológicos y sociales y psicológicos que originan y desarrollan esta grave farmaco-dependencia.

De acuerdo con el Dr. Plaut (citado en Molina, 1982) los individuos con mayores posibilidades de convertirse en adictos: responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma que les permite experimentar intenso alivio y relajación. Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración. Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta de beber.

La teoría conductista que explica el origen del alcoholismo, parte de que el sujeto alcohólico "aprende a beber y permanece en el alcoholismo por que el alcohol sirve a un propósito útil; en otras palabras, su conducta de bebedor lo recompensa y se refuerza continuamente. El premio puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol la supresión del stress la posibilidad de vivir experiencias distintas y agradables. La conducta del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelu del comportamiento del adulto y los efectos reforzadores son variables en cada caso: la aprobación del grupo, la facilitación de la interacción social, la relajación ante las penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse independiente y seguro de si mismo... Por lo tanto en este marco el beber es un comportamiento aprendido..

La teoría genotrófica, sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontinente cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica, esto no ha sido comprobado en realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos se explican mejor como consecuencias y no como causas de la enfermedad. Lo que más adelante se comprobó que la ingestión continuada del alcohol estimula la producción de las enzimas necesarias para metabolizarlo. También se encontró que aumenta la cantidad en la producción de cortisona, la cual incrementa la actividad enzimática en otros sistemas biológicos. En los sujetos alcohólicos, la producción de cortisona parece formar parte de una reacción general al consumo de alcohol, y es posible que este asociado al

aumento de la ansiedad durante el periodo de mayor ingestión y, quizás en los síntomas de abstinencia.

En años más recientes se desarrolló una hipótesis que ha generado fuertes controversias, según la cual en los individuos alcohólicos existe un defecto en el metabolismo del acetaldehído, sustancia que constituye el primer paso de la cadena metabólica de alcohol, lo que daría por resultado la producción de ciertos compuestos en el organismo, que son precursores de los alcaloides opiáceos.

Parecería entonces que el cuerpo produce sus propias sustancias adictivas y que existirían bases fisiológicas comunes a todas las formas de fármaco-dependencia, lo que a su vez explicaría por que los alcohólicos desarrollan dependencia no sólo al alcohol sino a otra sustancia o droga.

Otra teoría es de carácter subcultural, la cual propone que hay individuos que se sienten alienados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos "anomia" lo que facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a usar drogas que causan dependencia.

Bales (citado en Molina, 1982) ha propuesto que existen tres formas en la que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo; el grado en la que una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo del alcohol; en la medida que provee medio substitutivos para la satisfacción de necesidades. 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 como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiene un alto porcentaje de alcoholismo.

Alcohólicos Anónimos

Actualmente Alcohólicos Anónimos tiene un gran renombre e imagen ya que se le considera la pionera en la recuperación de varias patologías a nivel grupal. Un movimiento democrático único, sin ningún gobierno central y solo un mínimo de organización formal ya que carece de reglas y obligaciones.

Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres de todas las clases sociales; desde adolescentes hasta ancianos de todas las raza; con todos los tipos de afiliaciones religiosas o de ninguna en absoluto; que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

Es totalmente independiente ya que no esta afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización ni institución alguna, se mantiene de sus propias contribuciones, no respalda ni se opone a ninguna causa.

El objetivo principal de A.A. es que sus miembros se mantengan sobrios y ayuden a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Alcohólicos Anónimos es la síntesis de principios y actitudes que nos han llegado de la medicina y de la religión, son encausados y adaptados al uso especial de una sociedad en la cual funcionan efectivamente.

Las primeras raíces de A.A. germinaron en el consultorio del Dr. Karl Jung, el cual planteó al el señor R.. paciente alcohólico, manifestándole que la Psiquiatría no podía hacer nada por su alcoholismo y su neurosis, aconsejándole tener una experiencia espiritual vital.

La cual se presenta a manera de desplazamiento y enormes reestructuraciones emocionales. Ideas, emociones y actitudes que antes constituían la pauta que guiaba a estos hombres, son repentinamente arrojados a la orilla, en su lugar comienza a dominarlos un nuevo juego de concepciones y motivos. La religión común no es suficiente, se necesita una experiencia transformadora, de una experiencia de conversión, reconocer la impotencia personal y entregarse a cualquier dios que se cree que exista.

A partir de ahí surgió el grupo Oxford el cual trabaja la recuperación del alcoholismo bajo los siguientes principios: 1934:

- Admitir la impotencia para conducir la propia vida.
- Ser honesto consigo mismo. Hacer un examen de conciencia.
- Hacer una confesión rigurosa de sus defectos personales, renunciar a vivir a solas con sus problemas.
- Efectuar un reconocimiento de las distorsionadas relaciones con otras personas.
- Dedicarse a ayudar a otros necesitados, sin elegir prestigio personal, ni lucro.
- Invocar la ayuda de dios por medio de la meditación, como guía de la vida y como ayuda para practicar los principios de conducta en todo momento.

Lo anterior fue transmitido de un alcohólico a otro alcohólico llamado Bill W. co-fundador de A.A. él cual leyó también el libro de William James "Variedades de la Experiencia Religiosa", el cual indicaba que la experiencia de conversión puede contener una realidad objetiva. La conversión altera la motivación y por consiguiente en forma semiautomática capacita a la persona para ser y hacer lo que antes le era imposible. Era muy significativo que las experiencias de conversión más marcadas ocurrieran a individuos que habían sufrido una derrota completa en una área importante en sus vidas.

Bill se planteó también que para el hombre moderno, la ciencia es omnipotente, virtualmente un dios. Por lo tanto la ciencia decretaba la muerte del alcohólico y el incluyó ese veredicto en la cadena de transmisión de conocimientos sobre el alcoholismo, una víctima comunicándose a la próxima, podríamos hacer añicos la resistencia del alcohólico. En estas condiciones el alcohólico pondría al dios de los teólogos, ya que no existe otro lugar a donde ir (Citado en 'Tres charlas a Sociedades Médicas).

En 1935 en Akron cuando un Neoyorkino que estaba ahí en viaje de negocios había tenido éxito en permanecer sobrio por primera vez en muchos años, buscó a otro alcohólico durante los primeros meses en que estuvo sobrio, el neoyorkino notó que el deseo de beber disminuía cuando intentaba ayudar a otros alcohólicos para que dejarán de beber.

Trabajando juntos, el hombre de negocios y el doctor se dieron cuenta de que su capacidad para permanecer sobrios parecía estar íntimamente relacionada a la cantidad de ayuda y estímulos que podían dar a otros alcohólicos.

Durante cuatro años, el nuevo movimiento que carecía de nombre, organización y literatura descriptiva, creció lentamente se establecieron grupos en Akron, Nueva York, Cleveland y otros poco núcleos.

Con la publicación en 1939 del libro "alcohólicos anónimos", del cual derivó su nombre la fraternidad, y como resultado de la ayuda de un número de amigos no alcohólicos, la sociedad empezó a atraer la atención nacional e internacional.

El primer grupo de A. A. en México empezó a funcionar el 25 de septiembre de 1946 y en diciembre de 1969 fue creada la oficina de servicios generales para atender a las necesidades serviciales en nuestro país.

A. A. no tiene funcionarios ni ejecutivos que ejerzan poder o autoridad sobre la fraternidad: En A. A. no hay gobierno, pero sí personas voluntarias o asignadas por el grupo para coordinarlo y mantenerse en contacto con el desarrollo nacional e internacional de A.A. Estas responsabilidades tan pronto como sea posible y por elección, serán rotadas a otros miembros del grupo durante períodos limitados de servicio. Un grupo típico de A.A. puede tener un coordinador, un secretario, un comité de programación, otro de cafetería y refrigerios, un tesorero, un representante, la oficina intergrupala y un representante de servicios generales que actúa para el grupo en las reuniones distritales y del área.

Por otra parte para proporcionar lo necesario para un crecimiento firme de A.A. los primeros miembros de la sociedad, junto con los amigos no alcohólicos, establecieron un consejo custodio, llamado consejo de servicios generales de alcohólicos anónimos y que sirve como custodio de las tradiciones de A.A. y del servicio en conjunto, y que asume la responsabilidad por lo niveles adecuados de servicios de la Oficina de Servicios Generales en A. A. en Nueva York.

La explicación que para la mayor parte de los miembros de A.A. parece tener más sentido; es el alcoholismo es una enfermedad, que es progresiva y que nunca se puede curar, pero al igual que algunas otras enfermedades, se puede detener. Al verla un poco más en detalle, muchos A. A. sienten que la enfermedad representa una combinación de una sensibilidad física hacia el alcohol y una obsesión mental por beber, que sin importar las consecuencias, no se puede romper sólo con fuerza de voluntad.

Antes de estar bajo la acción de A.A., muchos alcohólicos que son incapaces de dejar de beber, piensan que son moralmente débiles o que quizá tienen un desequilibrio mental.

El criterio de A. A. es que los alcohólicos son personas enfermas que pueden recuperarse si siguen un sencillo programa que ha demostrado tener éxito para más de un millón de hombres y mujeres.

Una vez que el alcoholismo se ha presentado no existe perversidad moral acerca de estar enfermo. En esta etapa, la libre voluntad no se encuentra presente, ya que el que sufre ha perdido ante el alcohol el poder de escoger; lo importante es enfrentar los hechos de la propia enfermedad y aprovechar la ayuda que está disponible; también debe existir un deseo de recuperarse. La experiencia muestra que el programa de A.A. funcionará para todos los alcohólicos que son sinceros en sus esfuerzos para dejar de beber, y que por lo general no funcionará para aquellos que no tienen la certeza absoluta de que quieren hacerlo.

El programa de A.A. funciona mejor para el individuo cuando reconoce y acepta que es un programa que incluye a otras personas. Al trabajar con otros alcohólicos en el Grupo, parece que los alcohólicos aprenden más acerca de cómo es este problema y de la manera de manejarlos; se encuentran rodeados por otros que comparten sus experiencias pasadas, sus problemas presentes y sus esperanzas; se despojan de su sensación de soledad que puede haber sido un factor importante en su compulsión por beber.

El anonimato ha sido siempre la base del programa de A.A. Después de haber estado algún tiempo en A.A., la mayor parte de los miembros no tienen ninguna objeción especial a que se corra la voz respecto a que han ingresado a una fraternidad que los capacita a permanecer sobrios. Tradicionalmente, los A.A. nunca revelan su asociación con el movimiento en publicaciones, en emisiones de radio y T.V., ni mediante cualquier otro medio publicitario, y ningún miembro tiene el derecho de romper el anonimato de otro miembro.

Por otra parte la publicación del artículo "Alcohólicos Anónimos", por Jack Alexander, en el Saturday Evening Post 12 de marzo de 1941, marco importante avance en la historia de la agrupación. Ya que estableció firmemente a la Asociación de A.A. en un plano nacional e Internacional. En 1941 aproximadamente 2000 hombres y mujeres estaban viviendo el programa de A.A. con todo éxito (Citado en el artículo de Jack Alexander sobre A. A., 1989).

Alcohólicos Anónimos tiene su base en principios y actitudes de la medicina y de la religión. El Dr. Karl Jung, el pionero de la Psiquiatría planteó la experiencia transformadora o de una experiencia de conversión, y reconociendo la importancia personal para dejar de beber. Y situarse en una atmósfera Religiosa, entregándose a cualquier Dios que se le crea que existe (Citado en tres charlas a sociedades médicas, 1989).

A partir de dichos principios se creó un programa el cual consiste en doce pasos sugeridos, concebidos para la recuperación personal del alcoholismo.

El programa esta basado en la experiencia de los primeros miembros de la asociación. Resumidos significan:

- 1.- La admisión del alcoholismo.
- 2.- El análisis de la personalidad y catarsis.
- 3.- La readaptación de las relaciones personales.
- 4.- La dependencia de un poder superior y..
- 5.- Trabajar con otros alcohólicos.

Así el programa provee al alcohólico de una base de sentido común, no emocional para poder atacar su problema. Adquiriendo así una total comprensión de su verdadera naturaleza de su enfermedad y se le proporciona un programa positivo para su rehabilitación.

Un programa que ha demostrado ser digno de confianza en los miles de casos en los que ha sido empleado. En ciertos casos el programa no es efectivo y tiene que auxiliarse de consejo o tratamiento profesional, ya que Alcohólicos Anónimos solo se ocupa de la recuperación personal y de la permanente sobriedad de los alcohólicos que acuden a la agrupación en busca de ayuda. No se ocupa de la investigación en el campo del alcoholismo, ni de tratamiento médico o psiquiátrico, no se adhiere a ninguna causa, aunque los miembros de A.A. a menudo participan como individuos en otras actividades (El artículo Jack Alexander sobre A.A., 1989).

a) Dinámica de A. A.

Cuando un alcohólico ingresa a Alcohólicos Anónimos se le invita a admitir que el alcohol lo ha derrotado y que su vida es ingobernable. Llegado a este punto de humildad intelectual, se le da una buena dosis de religión, en el sentido más amplio de la palabra, se le pide que crea en un poder superior a sí mismo o que por lo menos considere el asunto sin prejuicios, mientras trata de practicar el resto del programa. Cualquier concepto del poder superior es aceptable.

Luego, hace un inventario moral en privado, con la ayuda de otra persona, que puede ser su "padrino" de A.A., un sacerdote, un pastor, un psiquiatra o cualquier otro que se le ocurra. Puede ponerse de pie en una reunión y contar sus experiencias si esto le produce alivio, pero no se le exige que lo haga. Devuelve lo que pudo haber robado mientras estuvo ebrio y se arregla para pagar viejas cuentas y levantar cheques sin fondos. Efectúa reparaciones ante las personas que ha ofendido, en general limpia su pasado de la mejor manera posible. Esta catarsis se considera importante, debido a la compulsión que un sentimiento de culpa ejerce sobre la obsesión alcohólica.

Como no hay nada que tienda más a empujar a un alcohólico hacia la botella que los resentimientos personales, el recién llegado también hace una lista para empezar a trabajar con ellos, dicha lista son sus rencores y resuelve no dejarse perturbar por ellos. En este punto está listo para trabajar con otros alcohólicos activos. Par el proceso de extroversión que este trabajo implica, estar en condiciones de pensar menos en sus propias dificultades.

Cuanto más alcohólicos puedan ingresar en Alcohólicos Anónimos, mayor será su responsabilidad para el grupo, no puede embriagarse sin perjudicar a la gente que le ha demostrado que son sus mejores amigos. Está comenzando a crecer emocionalmente y dejando de buscar en que apoyarse. Si pertenece a una iglesia determinada, generalmente, no siempre vuelve a la práctica regular de su religión.

Simultáneamente con la rehabilitación del alcohólico tiene el lugar el proceso de ajustar a la familia al nuevo método de vida. El cónyuge de una persona alcohólica y también, los hijos frecuentemente se vuelven neuróticos por haber estado expuestos a excesos de bebidas por un período de varios años. La reeducación de la familia es una parte esencial del programa posterior.

Por lo que alcohólicos anónimos está afiliado a los (grupos familiares Al-Anon), a programas estatales sobre el alcoholismo al "consejo nacional anti-alcohólicos" a comité o a otros grupos religiosos interesados en el alcoholismo.

Por otra parte debe enfatizarse que el único requisito para ser miembro de alcohólicos anónimos es el deseo de dejar de beber. Y nada más A.A., no pide promesas o compromisos personales de ninguna clase. Durante sus días de bebedores, muchos alcohólicos se asignaron numerosas promesas, se hicieron solemnes compromisos y a menudo se mantuvieron abstenidos; pero los resultados no perduraron. El acercamiento de

A.A. es más práctico, está basado en que cada bebedor problema, una o más veces, ha permanecido por lo menos 24 horas sin beber. Así los miembros de A.A. no juran dejar el alcohol para toda la vida o por cualquier otro largo período. Saben que no pueden hacer nada acerca del trago que anhelaran mañana. Los A.A. se concentran en permanecer sobrios hoy, durante estas 24 horas, trabajaran sobre el mañana cuando llegue su tiempo.

Ya que la asistencia regular a las juntas juega una parte esencial en la sobriedad continuada, los seres queridos de un alcohólico pueden preguntarse en dónde encajan ellos dentro del programa de recuperación. Algunas de estas personas asisten a las juntas abiertas de A.A.

Les dan ocasión de compartir con el alcohólico el camino de regreso a la vida normal. También les ofrecen la oportunidad de aprender como otras personas están afrontando el reto de vivir con el bebedor problema cuando esté ya no bebe.

Las juntas de Al-Anon, mencionadas anteriormente también les dan ocasión de conocerse y discutir sin problemas con otras personas que se encuentran en circunstancias similares.

En todas las juntas, la mayoría de las personas se impresionarán probablemente por la frecuencia de las mismas y la atmósfera general de buen humor y el calor de la hermandad. Esto es típico de alcohólicos anónimos generalmente los miembros toman seriamente su alcoholismo, pero no a si mismo parte del proceso de recuperación está en reír sobre las experiencias que una vez provocarán lágrimas.

No todos los bebedores problema que encuentran a A.A. dejan de beber y se encaminan hacia una vida feliz y satisfecha con la misma velocidad y facilidad. Algunos necesitan ser hospitalizados y terminan su convalecencia aún temblores e inseguros de si

mismos, otros que carecen del hábito de encararse directamente a los problemas pueden, por una temporada, sentirse abrumados por sus responsabilidades. Algunos más están plagados por los remordimientos y la depresión. Unos pocos, volverse tensos y, por un tiempo cuando menos, sea difícil vivir con ellos.

El alcohólico estará bajo control, pero algunos pequeños problemas casi siempre permanecen latentes.

Los alcohólicos, en su entusiasmo por la nueva vida que encuentran, llegan verdaderamente a olvidarse de aquellos con los que ha vivido durante sus días de bebedores.

Es factible que se sumerjan dentro de una interrumpida secuencia de juntas de A.A. y llamadas para otros alcohólicos, que dejan poco tiempo para ocuparse de usted. Al disfrutar el regreso de la salud, algunos logran proseguir en sus trabajos con nueva alegría e interés.

A menudo, este intenso interés en A.A. y en el trabajo o en la escuela, permanece ser auto-centrado como lo fue su beber alcohólico. Este período-cuando el alcohólico recuperado tiene gran entusiasmo por A.A., que otros intereses palidecen y se conocen frecuentemente en la fraternidad como " Viviendo en la Nube Rosa ". Está se pasa finalmente. Aunque sobrio, el alcohólico tiene la misma enfermedad, y no se puede esperar que estos alcohólicos que no beben cambien su comportamiento errático de la noche a la mañana. Ciertas formas habituales de pensar se encuentran probablemente muy arraigadas, pero conforme pasa el tiempo la mayoría de los miembros de A.A. logran un mejor balance.

El programa de A.A. está diseñado, no como una ruta de escape sino como un puente hacia una vida normal.

Cuando los alcohólicos logran la sobriedad, a veces sorprenden a sus seres queridos con la sobreabrumadora importancia que conceden a su recién despertada sensación de

espiritualidad. En este asunto con frecuencia logran salirse fuera de borda. Generalmente, esta fase no dura mucho, y con frecuencia se transforma una resonante y satisfactoria vida espiritual.

Por otra parte la mayoría de las gentes que se vuelve hacia A.A. en busca de ayuda logra la sobriedad sin demasiadas dificultades, continúan permanentemente sobrios.

La mayoría de las gentes tienen dificultades para comprender y aceptar el programa de A.A. pronto, y por completo, ellos olvidan lo que significa ser un alcohólico.

Después de que les ha regresado la salud física y sus vidas se vuelven un poco más gobernables, es factible que se alejen del programa, ya sea mentalmente al olvidar sus principios, o físicamente, al ir espaciando sus juntas. Estas personas corren el riesgo de tener una o más "recaídas" o "resbalones". Pueden emborracharse otra vez esto parece ser desalentador y muy doloroso para sus seres queridos. Los temores y la sensación de falta de esperanza pueden volver a despertarse pero los miembros experimentados de A.A. saben que esos resbalones no tienen que repetirse necesariamente en el futuro. Si el alcohólico logra revisar honestamente la forma de pensar y el comportamiento que precedieron al resbalón, su repetición puede a menudo ser prevenida. De hecho, un resbalón llega a servir como una valiosa lección para los alcohólicos que creen que ellos han sido "curados" del alcoholismo simplemente porque ellos han estado secos por una temporada.

La sobre confianza y los pensamientos irreales conducen algunas veces a resbalar. El juicio es construido por una maraña, y algunos alcohólicos empiezan a creer que ellos saben ahora controlar el alcohol.

Ellos espacian cada vez sus juntas, o les da por comenzar a criticar a las gentes de su grupo perdiendo de vista la tradición de A.A. de que los alcohólicos deben anteponer

siempre los principios del programa a las personalidades de sus miembros. O puede suceder que al alcohólico se le olvide vivir un día a la vez.

De importancia básica son los tres axiomas de A.A. usados frecuentemente: "Lo primero es lo primero", "Vive y deja vivir" y "Poco a poco se va lejos"... Estos son útiles para recordar que los alcohólicos están permaneciendo alejados de la bebida un día a la vez y que están esforzándose para alcanzar la apertura mental y la serenidad.

Hay un poco más de 90,000 grupos y 2,000.000 miembros en 141 países en todo el mundo (citado en las Charlas a las Sociedades Médicas, 1993). Por lo general, un miembro asiste regularmente a sus juntas en un Grupo cercano a su casa; y todos los miembros tienen la libertad de asistir a cualquier junta de A.A. en cualquier lugar que se efectúe. La mayoría de los Grupos llevan a cabo una o más juntas semanales a la que se les llama "cerradas" (solamente para miembros de A. A. ó recién llegados), y otras que se denominan abiertas (también para las personas queridas al igual que para los amigos). En estas juntas, los miembros platican sus propias experiencias como bebedores antes de llegar a A. A., y explican como los principios de A. A. los guiaron a la sobriedad y a una nueva perspectiva. Por medio de sus interpretaciones del programa, los miembros más antiguos tratan de ayudar tanto a los recién llegados como unos a los otros. Las juntas carecen de formalidades y generalmente incluyen generosas reuniones alrededor de una mesa con cafés, en donde usted puede lograr una aún más clara imagen de la amplia variedad de personas que pertenecen a esta Fraternidad.

La creencia de que A. A. es para desamparados de ciudades perdidas, solamente es cierta en parte, y en una pequeña parte cuando mucho. Algunos hombres y mujeres verdaderamente se levantan de vivir en una ciudad pérdida o algo similar para lograr la

sobriedad y una manera responsable de vivir por medio de A. A. Pero en general los miembros de A. A. constituyen una corte seccional del promedio de la comunidad. Entre ellos hay educadores, profesionistas y hombres de negocios, al igual que ellos que han tenido poca o ninguna educación.

Un agente de bolsa y un doctor - ambos alcohólicos - fundaron A. A. El alcoholismo no tiene nada que ver con la inteligencia, el talento, la educación o la posición social o económica, y puede atormentar tanto a una enfermera o un ministro religioso, como aun artista o escritor.

Parte del programa de recuperación que A. A. sugiere está expuesto en los doce pasos que se nombran un poco más adelante. Basados en la experiencia de los primeros miembros de A. A., los pasos son un registro de los principios y prácticas que ellos desarrollaron para mantener su sobriedad (después de que muchos otros caminos habían fracasado). Si el alcohólico en su vida se retrae ante la idea de que tendrá que someterse a un código formal de comportamiento, usted puede tranquilizar su mente. Cada miembro usa los pasos en forma individual. Los pasos son sugeridos como un programa de recuperación.

Aunque la experiencia demuestra que muchos miembros de A. A. disfrutan de la sobriedad, ésta depende de un alto grado, de la comprensión y aceptación de los pasos, ningún miembro de A. A. es forzado a aceptarlos o aún a leerlos. El individuo está en completa libertad de decidir cuándo y cómo usará los pasos.

b) Los doce pasos de A. A.:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.

3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos libérase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Repararnos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer sus voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

c) Las doce tradiciones de A. A.

- 1.- Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

- 2.- Para el propósito de nuestro Grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro Grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
- 3.- El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.
- 4.- Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.
- 5.- Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo. Un grupo permanece en contacto con los demás.
- 6.- Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- 7.- Todo Grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
- 8.- A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
- 9.- A.A. cómo tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10.- A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.

12.- El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades. (Cita : Hay un alcohólico en su vida).

La unidad básica en alcohólicos anónimos es el grupo, el cual es autónomo excepto en asuntos que afecten a otros grupos de A.A. o a la Fraternidad como un todo. Ningún grupo tiene poder sobre sus miembros.

Del total de 90,000 grupos en más de 141 países, que están registrados en la actualidad en la Oficina de Servicios Generales de A.A. en Nueva York, existen aproximadamente 1,100 en centros de tratamiento y más de 1,500 en instalaciones correccionales.

Los grupos suelen ser democráticos y son servidos por "comité rotatorios" durante periodos breves; así, ningún grupo tiene un liderato permanente.

Los miembros de alcohólicos anónimos ayudan a cualquier alcohólico que este interesado en dejar de beber.

A.A. pueden visitar al alcohólico que desee ayuda aunque sienten que lo mejor es que el alcohólico solicite primero dicha ayuda.

Pueden ayudar a planear la hospitalización, ya que los miembros de A.A. saben con frecuencia qué hospitales están disponibles para el tratamiento del alcoholismo.

Los miembros de A.A. comparten con gusto su experiencia con cualquier persona interesada, ya sea en una conversación o en reuniones formales. (Cita: Alcohólicos Anónimos en su comunidad).

Por otra parte A.A. no ofrece motivación inicial. " A.A. que es lo que no hace ".

Definición de alcoholismo para alcohólicos anónimos. Así A.A. sostiene que el alcoholismo, además de ser una enfermedad física y emocional, es hasta cierto grado un

desorden espiritual. Ya que la mayoría de los alcohólicos han sido incapaces de manejar las cosas por sí mismos, ellos parecen encontrar una terapia efectiva al decidir poner su destino bajo la guía de un poder mayor que ellos mismos. Muchos A.A. se refieren a este poder llamándolo "Dios". Otros consideran al grupo de A.A. como un poder sobre el cual pueden descansar. La palabra "espiritual" en A.A. puede ser interpretada tan ampliamente como uno quiera. Realmente, uno siente un cierto espíritu de comunidad en todas las juntas de A.A. (Citado : Esto es A.A., 1989).

Por otra parte A.A. explica algunos porque algunas personas se convierten en alcohólicos y están de acuerdo con la teoría que estipula que hay alcohólicos de nacimiento.

¿Qué es lo A.A. no hace ?

- 1.- No ofrece motivación inicial para la recuperación de los alcohólicos, ni trata de persuadir a nadie para que pertenezca a la Agrupación.
- 2.- No mantiene archivos o historias clínicas.
- 3.- No toma parte en investigaciones, ni las patrocina.
- 4.- No se une a Consejos de agencias sociales, a pesar de que los miembros y Grupos A.A. frecuentemente cooperan con ellos.
- 5.- No trata de controlar a sus miembros.
- 6.- No hace diagnósticos médicos o psicológicos.
- 7.- No proporciona servicios de hospitalización, ni enfermería, drogas o cualquier tipo de tratamiento médico o psiquiátrico.
- 8.- No ofrece servicios religiosos o espirituales.
- 9.- No interviene en propaganda o educación acerca del alcoholismo.

10.- No proporciona casa, alimento, ropa, trabajo, dinero o cualquier otro tipo de servicio social, o de caridad.

11.- No proporciona consejos de tipo vocacional o doméstico

12.- No acepta dinero por sus servicios, ni cualquier otro tipo de contribución proveniente de distintas a la de A.A.

Angustia y alcoholismo

Para comprender porqué algunas personas beben en exceso es primordial entender que el alcohol es una droga que, por lo menos a corto plazo, elimina o mitiga una amplia variedad de sentimientos desagradables, como ansiedad o depresión.

Casi todo tipo de trastorno mental, en ciertas circunstancias, contribuye a que una persona empiece a beber en exceso. Los estados depresivos de ansiedad pueden predisponer a la bebida, mientras que la hipomanía, la esquizofrenia, cuando va acompañada de ansiedad, así como el síndrome de los celos patológicos asociados con la ansiedad, generan alteraciones del estado de ánimo, las cuales a veces, dan origen a un consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Es posible que un persona sea ansiosa porque tiene una marcada tendencia a la ansiedad como uno de sus rasgos característicos, o bien, debido a la alteración anímica como resultado de un trastorno mental, que la persona se encuentre en una situación que le produzca angustia. Un caso común es el de un hombre de negocios que trabaja mucho se encuentra en constante presión económica, en constante amenaza de fracaso. Tales peligros son especialmente amenazadores cuando hay carencia de apoyos opcionales, de formas más positivas de enfrentar las cosas o cuando hay cierta vulnerabilidad en la personalidad. Por lo

general, lo que se necesita para atraer la bebida es una coincidencia de factores, entre los que incluyen las circunstancias de tensión total. (Edwards, 1986).

El Dr. Plant (citado en Molina, 1982) plantea que los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que: Responden a las bebidas alcohólicas en cierta forma que les permite experimentar intenso alivio y relajación. Poseen ciertas características de la personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, como la ansiedad y la frustración. Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

El alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos, como podría creerse, y que por otra parte sí acentúa otros problemas psicológicos, como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima. Ciertos estudios han demostrado que después de un período inicial de 12 a 24 horas, la ingestión de alcohol eleva los niveles de angustia y depresión.

Por otra parte, bajo el modelo que sustenta la teoría del Aprendizaje Social, se propone que ciertas diferencias individuales, al interactuar con demandas ambientales o situacionales, puede rebasar la habilidad de un individuo para afrontar efectivamente dichas situaciones, que pueden llevar a su vez, a tener un sentido de eficacia devaluada. Si el individuo ha aprendido que el alcohol le ayuda a afrontar la situación inmediata, entonces, la probabilidad de consumir alcohol se incrementa. En general, se considera que estas predisposiciones pueden ser aprendidas o heredadas, y que son de naturaleza biológica y psicológica.

Dentro de los factores de predisposición destacan los siguientes: ciertos individuos pueden heredar ciertas diferencias biológicas que los hacen más tolerantes a la intoxicación y

a los efectos reforzantes del alcohol (Begleiter, y Cols.,1984). Algunos desórdenes psicológicos, como la depresión y la ansiedad parecen predisponer a ciertos individuos al alcoholismo, tal vez en el esfuerzo por "antomedicar" sus síntomas Schuckit, (1983); y finalmente se ha reportado que déficits en las habilidades de socialización se pueden considerar como un riesgo para el alcoholismo (O' Learly y Cols. , 1976).

En particular, se considera que los déficits en las habilidades de socialización restringen la posibilidad de acción dentro de un contexto social, minimizando el control que se ejerce sobre las actividades y sobre el ambiente, y decrecientan la accesibilidad a los recursos que se desean (Bandura , 1969).

Bajo esta perspectiva, se considera que las habilidades sociales se refuerzan y se mantienen, en parte, por su habilidad para reducir el nivel de ansiedad que se experimenta en situaciones interpersonales que requieren de tal respuesta adaptativa. Esto se puede conceptualizar como una situación de alto riesgo de beber, sobre todo si el individuo no posee las habilidades alternativas para afrontar la situación y si el individuo ha aprendido que la ingesta de alcohol le puede proporcionar un alivio momentáneo. Finalmente si estos déficits son crónicos, a través del proceso de desarrollo entonces el riesgo para el desarrollo de un patrón de abuso del alcohol se ve fortalecido (Monti y Cols, 1988).

Los resultados de estudios experimentales sugieren, por otro lado, que, a medida que el stress social se incrementa, el consumo de alcohol también se incrementa. Está relación se observa generalmente en bebedores sociales (Higgins y Marlitt,1975), mientras que un experimento en el que se utilizó un paradigma experimental similar en el que el stress social se manipuló incrementando su valor, los bebedores problema bebieron aún más alcohol que los bebedores sociales Miller, (1974). Sin embargo, si a estos sujetos se les proporciona la

manera de afrontar la situación productora de ansiedad, tienden a beber menos alcohol que aquellos sujetos a los que no se les proporciona una forma alternativa para poder afrontarla (Marlatt y Cols, 1980).

Estos hallazgos sugieren que una combinación de un estado emocional, y la inhabilidad de expresarse efectivamente, pueden conducir a un aumento en el consumo de alcohol.

En términos generales, tanto los estudios correlaciones como los estudios experimentales, señalan la importancia de que se consideren a los déficits en socialización como factores que predisponen al uso y el abuso del alcohol. Estos déficits pueden derivarse de diferencias biológicas o de un inadecuado proceso de desarrollo social que se inicia desde la infancia. Sin embargo cualquiera que sea su origen, estos déficits en habilidades pueden evitar que se obtengan los resultados deseados en un proceso de socialización. En estos casos el alcohol puede actuar para facilitar la interacción social (influyendo en la percepción de la calidad de las interacciones sociales que se enfrentan) o reducirá la ansiedad que esta asociada a tales interacciones, reforzando su uso. Aún cuando la evidencia de un buen número de estudios indica que al existir estrategias.

Se puede considerar que la historia de aprendizaje social que incluye normas culturales, modelamiento, la influencia de compañeros y la experimentación en sí con el alcohol, en combinación del contexto inmediato, contribuyen a las diferencias individuales en los patrones de consumo del alcohol y el nivel de riesgo en el abuso de éste. (determinantes próximos).

Bajo la concepción de la teoría del aprendizaje social hay un sinnúmero de factores que modulan todas las interacciones ambiente-persona. La decisión de tomar o ejercer

autocontrol está influida por la autoeficiencia y las expectativas sobre el resultado de tomar alcohol que el individuo tiene en ciertos contextos específicos. Por ejemplo, si un individuo experimenta ansiedad social en reuniones sociales, podría sentirse más confiado de su habilidad de socializar con un trago en la mano.

Así, si el consumo de alcohol en realidad ayuda a la persona a lograr los efectos deseados, su beber subsecuente se verá reforzado y la probabilidad de usar habitualmente alcohol en situaciones similares se verá aumentada.

CAPITULO II

ESTRATEGIA DE INVESTIGACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ El tiempo de estancia de los Alcoholicos de A.A. influye en el nivel de angustia

SXE Y SXR ?

OBJETIVO

Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de angustia en los individuos de Alcohólicos Anónimos con diferentes tiempos de estancia, en diferentes estratos socioeconómicos.

VARIABLES

Independiente: Tiempo de estancia

Dependiente: Niveles de angustia

TIPO DE ESTUDIO

Tiempo - Longitudinal, ya que se realizó en el transcurso de aproximadamente cuatro meses.

Objetivo - Exploratorio, ya que se exploraron los tres grupos de A.A.

Lugar - Campo, ya que la presente investigación se realizó en las instalaciones de los tres grupos de A.A.

TIPO DE DISEÑO

Comparativo, ya que se compararán los tres grupos de A.A.

POBLACION

La muestra poblacional estuvo constituida por tres grupos de alcohólicos anónimos. El primer grupo de la Col. Casas Alemán, el segundo grupo de la Col. Chapultepec y el tercer grupo de la Col. Centro.

La población se tomó total y como estuvo constituido el grupo de Alcohólicos Anónimos, por lo que se incluyen todas las variantes en la información que nos puedan proporcionar cada uno de los integrantes del grupo que participan en su recuperación.

LUGARES

La investigación se llevó a cabo en tres grupos de Alcohólicos Anónimos, de las Colonias Casas Alemán, Chapultepec y Centro. La encuesta se realizó dentro de las instalaciones que ocupan los grupos de A. A., con previa autorización de los mismos.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- 1.- ¿Existen diferencias significativas en el nivel de angustia en las personas alcohólicas que ingresan al grupo de A.A. con respecto a las personas que tienen mayor tiempo de permanencia en el mismo?
- 2.- ¿Existen diferencias significativas en el nivel de angustia en mujeres y hombres alcohólicos?

HIPOTESIS

- 1.- Los individuos que ingresan a un grupo de Alcohólicos Anónimos tienen un nivel de angustia mayor, que los individuos que tienen mas tiempo de pertenecer al grupo. El nivel de angustia será siempre menor entre mayor sea el tiempo de permanencia en el grupo.
- 2.- El nivel de angustia será mayor en las mujeres alcohólicas y menor en los hombres alcohólicos.

INSTRUMENTOS

a) Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad.

La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado) y llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo).

La escala A-Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado (véase anexoVI).

b) Ficha de identificación (que aunque no es un instrumento, se mensiona en este apartado) tuvo como objetivo recopilar datos personales de los alcohólicos manteniendo su anonimato para lo cual sólo se pidieron sus iniciales, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, colonia y tiempo de permanencia en el grupo. Así como informarle al individuo el objetivo que persigue la investigación (vease anexo V).

PROCEDIMIENTO

1.- Se pidió autorización a los grupos de A.A. para realizar la presente investigación, se explicó que éramos pasantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que nuestro objetivo de realizar dicha investigación es de obtener el título de Lic. en Psicología.

2.- Contando con la aprobación para realizar las encuestas, se iniciaron las mismas. La aplicación fue grupalmente.

3.- La aplicación de la ficha de identificación fue en la primera sesión; las investigadoras se presentaron ante el grupo y se les explicó que la ficha de identificación fue con el objetivo de

reunir datos personales de cada integrante del grupo, que se respetara su anonimato por lo cual solo se pidió las iniciales de sus nombres para llevar un control de cada aplicación del instrumento.

4.- Concluida la aplicación de la ficha de identificación, se aplicó el test IDARE antes y después de la terapia, se explicó que dicho instrumento contiene preguntas relacionadas a como se sentían en ese momento y que las respuestas eran confidenciales.

5.- La aplicación de los instrumentos fue simultánea en los tres grupos.

6.- La aplicación del test-IDARE en sus escalas SXE y SXR se realizó en cuatro ocasiones coincidiendo con las sesiones programadas en el grupo de A.A. antes y después de la terapia, cada sesión se realizó cada quince días.

7.- Después de haber obtenido los datos de la aplicación de los instrumentos de medición procedimos a clasificar los resultados y hacer análisis estadísticos de cada grupo.

CAPITULO III

RESULTADOS

Matices de la experiencia

La realización de la investigación a nivel de campo, trajo consigo experiencias personales agradables y también desagradables que enriquecen más a la misma. En general, la relación que se entabló con los 3 grupos de A. A. fue al inicio de cooperación aunque con cierto recelo, conforme pasaban las sesiones fue tomándose difícil sobre todo en los grupos de Chapultepec y la Torre Latinoamericana, ya que no todos cooperaban en la contestación del cuestionario, algunos se negaban por temer a que se descubriera algo sobre ellos y de que esa información fuera a ser develada ante el grupo o personas importantes para ellos. Otros alcohólicos recelosos no contestaban o groseramente decían que no.

En el grupo Chapultepec sólo dos sesiones fueron aplicados los test, ya que en la tercera sesión en que se acudió negaron la aplicación de la prueba, argumentando que no era posible seguir permitiendo la aplicación de la misma, ya que las personas estaban molestas y no querían continuar la aplicación y que además la presencia de las investigadoras infringía la autonomía del grupo.

Cabe mencionar que en este grupo las dos sesiones en que fueron aplicados los test las personas que contestaban antes de la sesión no siempre lo respondían después de la misma. Al finalizar ésta salían rápidamente argumentando que se les hacía tarde o que no querían contestar la misma prueba psicológica. Nos decían: "¿otra vez la misma?".

En el grupo de la Torre Latinoamericana, se encontró el mayor obstáculo para la aplicación del test, ya que a pesar de llegar antes del inicio de la sesión las personas no llegaban puntuales y esto trajo consigo que el coordinador, por disciplina no permitiera la

aplicación de la prueba para que los alcohólicos no se distrajeran en otra cosa que no fuera la junta. En la segunda sesión hubo una persona que trató de que ya no se contestara el test argumentando que se podía "espantar" a las personas que por primera vez acudían al grupo de A.A. y que para ellos era más importante ese hecho, que el facilitarnos el apoyo.

Posteriormente se quedó de acuerdo con el secretario del grupo que sólo 10 personas aproximadamente serían las que contestaran el test. Así fue que en las dos últimas sesiones se le entregaron al secretario 10 test para que él las entregara a las personas que él sabía cooperarían en la contestación de las pruebas, cabe mencionar que en todas las sesiones sólo se contestó una sola vez las pruebas, por lo que se perdió el control del objetivo que era una aplicación antes y otra después de la "terapia".

Por otra parte, la aplicación de los test estaba programado en dos meses los cuales no fue posible cumplir ya que se atravesaron vacaciones de diciembre, Navidad, año nuevo y algún aniversario de un miembro del grupo de A.A. Por lo que en varias sesiones las investigadoras se tuvieron que regresar y acudir otro día lo cual trajo consigo que el tiempo de aplicación se ampliara más de dos meses y de quince días cada aplicación.

Descripción global de los tres grupos

La investigación se realizó en tres grupos de alcohólicos anónimos, según sus localizaciones geográficas se denominaron grupo 1 constituido por el grupo de A.A. de casas Alemán, grupo 2 el grupo de A.A. de Chapultepec, el grupo 3 de la Torre Latinoamericana. Los grupos se caracterizaron por su predominio socioeconómico, considerándolos así como grupo 1, de nivel socioeconómico medio-bajo; grupo 2 como nivel socioeconómico medio; grupo 3 con nivel socioeconómico medio-alto. Aunque aquí cabe mencionar que los grupos dos y tres se encontró gente de nivel socioeconómico bajo,

medio y alto; en contraste al grupo 1 donde la población era de un nivel socioeconómico medio-bajo.

Por otra parte, en número total de miembros por sesión y por grupo fue variable entre los mismos ya que en general se encontró que los grupos no se mantienen homogéneas en las asistencias, sino que por múltiples razones las personas asisten a sus juntas cuando ellos así lo determinan, trayendo con esto que los miembros encuestados no sean siempre los mismos en cada sesión, por lo que se tuvo una gama más amplia de encuestados y no todos con cuatro aplicaciones como debería haber sido, sino algunos con una, dos, tres o cuatro aplicaciones, e incluso algunos sin ficha de identificación por lo que sólo se mencionarán en las tablas de porcentajes de identificación personal los datos de las personas que contestaron los ítems de la ficha de identificación y el resto de los sujetos que no contestaron la misma serán incluidos sólo en la estadística de la escala SXE y la escala SXR. También cabe mencionar que algunas de las respuestas de las escalas fueron incompletas lo que trajo consigo que algunas calificaciones de algunas sesiones y hasta el sujeto en general fueran anulados. Por lo que se tomaron los resultados tal cual para no omitir detalle que pudiera alterarlos significativamente.

Características de la población

Edad

La edad promedio del grupo 1 fue de 40 años en los hombres con un rango de edad de 33 a 53 años y en la mujer de 33 años. En el grupo 2 el rango de edad en los hombres fue de 23 a 65 años con un promedio de 42.9 años, y en las mujeres un promedio de 51 años con un rango de edad de 35 a 68 años de edad. En el grupo 3 el promedio de edad en los hombres fue de 49.6 años con un rango de edad de 34 a 69 años y de promedio de edad en

las mujeres fue de 46.8 años y el rango de edad de 37 a 66 años. Como podemos ver en realidad, nos encontramos con una población en los tres grupos de una edad madura en general, de 43.88 años (Tabla No. 1).

Sexo

Los grupos que participaron en la aplicación del test estuvieron conformados en general por el 15% de mujeres y el 85% de hombres (datos solo de los alcohólicos que nos contestaron ficha de identificación). En el grupo uno el 90.90% fueron hombres y el 9.09% mujeres, en el grupo dos el 83.78% hombres y el 16.21% mujeres, en el grupo tres el 84.37% fueron hombres y el 15.62% mujeres. Por lo anteriormente descrito se puede decir que nuestra población estuvo constituida por hombres en general (Tabla No.2).

Estado Civil

Por otra parte, con lo que respecta al estado civil de los integrantes de los grupos se encontró que el grupo 1 el 81.9% de hombres y el 9.09% de mujeres eran casados y el 9.09% de mujeres solteras, en el grupo 2 el 51.35% fueron hombres y 5.40% mujeres casadas, el 27.02% de hombres y el 2.70% de mujeres solteros, 5.40% de mujeres viudas y el 5.40% de hombres viudos, el 12.70% de mujeres divorciadas. En el grupo 3 se encontró el 78.12% de hombres y el 9.37% de mujeres era casados, el 3.12% de hombres y el 3.12% de mujeres eran solteros, el 3.12% de mujeres viudas y el 3.12% de hombres divorciados. En general se puede observar que el global de la población son personas casadas, ya que tiene el 73.75% en los tres grupos (Ver Tabla No. 3).

Escolaridad

Con lo que respecta al nivel de escolaridad se encontró en general 3 grupos homogéneos, ya que en el grupo 1, se encontró 9.09% de mujeres con nivel primaria,

54.54% de hombres con nivel secundaria, 18.18% de hombres con nivel preparatoria, 9.09% de hombres profesionistas y 18.18% de hombres con maestría. En el grupo 2 se encontró 21.12% hombres con primaria, 16.21% de hombres y 2.70% de mujeres con secundaria, 16.21% de hombres con nivel preparatoria, 13.51% de hombres y 2.70% de mujeres profesionistas, 10.81% de hombres y 8.10% de mujeres con carrera técnica, 2.70% de mujeres sin estudio y 5.40% de hombres con maestría. En el grupo 3 se encontró 21.87% de hombres con primaria, y 18.75% de hombres y 3.12% de mujeres con secundaria, 9.37% de hombres y 3.12% de mujeres con preparatoria, 34.37% de hombres y 3.12% de mujeres profesionistas, y 6.25% de mujeres con carrera secretarial (Ver Tabla No. 4).

Ocupación

Con respecto a la ocupación de los miembros de los tres grupos se encontró que existen personas desde la ocupación de hogar, obrero hasta empresarios. En el grupo 1 se encontró que el mayor porcentaje de individuos tienen una ocupación de empleados ya que comprende el 63.6% de la población, el 27.2% lo ocupan los comerciantes y el 9.0% doméstica.

En el grupo 2 se encontró que la población mayor también recae en la ocupación de empleados ya que es el 35.1%, el 18.9% son obreros, el 13.5% son comerciantes, el 8.1% es de profesionistas y otros, el 5.41% de desempleados, 2.7% doméstica y el 5.4% personas que se dedican al hogar.

En el grupo 3 el 34.3% son comerciantes, 31.2% profesionistas y 18.7% de empleados, 6.25% de hogar y el 3.1% desempleados, 3.1% obreros, otros el 3.1% (Ver Tabla No.5).

Se puede apreciar en general, que el índice de ocupación de la población de los 3 grupos de alcohólicos es de empleados y comerciantes, 31.2% y 23.7% respectivamente.

Lugar de Residencia

Con respecto a la colonia donde viven los alcohólicos se encontró que en el grupo 1, el 90% de los sujetos viven en un estrato socioeconómico medio-bajo (se determinó por la ubicación de las colonias donde viven) y el 10% en el nivel socioeconómico medio.

En el grupo 2, el 35.1% de los sujetos vive en el nivel socioeconómico bajo, el 43.2% en el nivel medio y el 2.7% en el nivel medio-alto. En el grupo 3 se encontró que el 34.3% vive en el nivel socioeconómico medio-bajo, el 56.2% en el nivel medio y el 9.3% medio-alto.

En general, el global de la población de los tres grupos viven en el nivel medio (Ver Tabla No.6).

Tiempo de permanencia en Alcohólicos Anónimos

Por otra parte, en cuanto al tiempo que llevan los alcohólicos dentro de los grupos se encontró que en el grupo 1, la mayor parte tiene de 6 a 10 años de continuar en el grupo (45.4%), el 45.45% tiene de 0 a 5 años de asistir al grupo y el 9.09% de 11 a 15 años. En el grupo 2, el 54.04% de los sujetos tienen de 0 a 5 años de permanecer en el grupo, el 16.21% de 6 a 10 años, el 24.32% de 11 a 15 años y el 5.40% de 16 a 30 años de continuar asistiendo al grupo (Ver Tabla No. 7).

Miembros de cada grupo

En la tabla No. 8 se describe los miembros de cada grupo, los sujetos que participaron en la contestación de la ficha de identificación fue el 45.3% de hombres y de 7.94% de mujeres, los que no contestaron ficha de identificación fue el 47.01% del total de los sujetos de los tres grupos (Ver Tabla No. 8).

Por otra parte hablar de los participantes por cada sesión, resulta un poco problemático, ya que cabe decir que todos los encuestados no siempre participaron en todas las sesiones y no todos contestaron antes y después de la sesión, por lo que sólo se mencionará el número total de participantes.

En el primer grupo el 47.61% de los alcohólicos contestaron el test antes de la terapia y el 47.61% después de la terapia (de un total de 21 participantes), en la segunda sesión el 42.85% antes y el 47.61% después de la terapia, en la segunda sesión el 52.38% contestaron el test antes y el 52.38% después de la terapia. En el grupo 2 sólo se aplicó dos sesiones por la explicación planteada en el apartado de "experiencias", se encontró que el 53.62% contestó el test antes y el 20.28% después de la terapia, el 42.02% y el 8.28% antes y después respectivamente, de un total de la población de 69 alcohólicos. El grupo 3 se aplicó una vez el test en la sesión, ya que los alcohólicos no permitían que se les molestara, y no dieron un tiempo para la misma aplicación como en los demás grupos. Así se encontró que el 52.45% de los alcohólicos contestaron en la primera sesión, el 31.14%, 32.78% y 16.39% de la población contestaron el test en la segunda, tercera y cuarta sesión de un total de la población de 61 alcohólicos (Ver Tabla No. 9).

Escala (EXS)

Con respecto a las calificaciones que se obtuvieron en las sesiones (Ver Tabla No. 10) se mencionará que el promedio general de las mismas (Ver Tabla No. 11), es en el grupo 1 para la escala SXE se obtuvo 44.78 antes de la terapia, y después de la misma 40.42 de 40.85 por lo que se puede ver una pequeña disminución en la calificación de después con respecto a la obtenida antes de la terapia. En el grupo 2 se encontró en la escala SXE 35.75, antes de la terapia y después de la misma se obtuvo SXE 32.28 y SXR 40.25 por lo que nos

damos cuenta que también en este grupo se encontró una disminución entre las calificaciones de antes y después de la terapia. En el grupo 3 se encontró en la escala 34.75 (en este caso sólo se mencionará pero no se hará comparativo en antes y después).

Escala Rasgo (estado)

Con respecto a las calificaciones que se obtuvieron en las sesiones (Ver Tabla No 10) se mencionará que el promedio general de los mismos (Ver Tabla No 11), en el grupo 1 para la escala S X R se obtuvo una calificación de 40.9 antes de la terapia y después de la misma 40.85 por que se puede observar una pequeña disminución en la calificación posterior con respecto a la obtenida después de la terapia. En el grupo 2 se encontró una calificación de 42.04 antes de la terapia y después de la misma 40.25 por lo que nos damos cuenta tuvo una disminución de las calificaciones de antes y después de la terapia. En el grupo 3 se obtuvo la calificación de 36.65 (en éste caso sólo se mencionará pero no se hará comparativo en antes y después) por las razones ya mencionadas.

Escala Estado (S X E) y Escala Rasgo (S X R)

Como se puede ver y tomando en cuenta al grupo 3 en la variable antes de SXE y SXR es la que menor calificación sacó, siguiendo el grupo 2 y posteriormente el grupo 1, y con respecto a la variable "después" el grupo 2 tiene una calificación más baja que el grupo 1

Por otra parte tomando en consideración la calificación global de los grupos (sin tomar en cuenta el grupo 3) se encontró que en la aplicación del test antes en la escala de SXE se obtuvo 40.26 y en la escala SXR 41.47 y en la variable después se obtuvo en la escala SXE 36.35 y 40.55 en la escala SXR, lo que nos indica calificaciones antes y después siendo esta más baja que la primera, lo que hace pensar que efectivamente la terapia del grupo de A.A. sí decreta los niveles de ansiedad de los sujetos (Ver Tabla No. 12).

Lo anterior también lo corroboramos en la tabla no. 13 dónde se describe la calificación global de la primera sesión (antes) y la última sesión (después), lo cual permite tener una visión más contundente de la ansiedad y el tiempo de aplicación (2 meses aproximadamente). Se encontró en la escala SXE (x42.32) y SXR (x 41.16). En la primera sesión (antes) y en la última sesión (después) $X \text{ SXE} = 34.52$ y $X \text{ SXR} = 40.75$ lo que permite al igual que en el párrafo anterior detectar que hay una disminución importante entre las calificaciones obtenidas en las escalas SXR y SXE aplicadas antes de la terapia y después de la misma. Cabe mencionar que en esta tabla no se tomó en cuenta las calificaciones del grupo 3 por las razones mencionadas (Ver Tabla No. 13).

Tiempo de Permanencia y la Escala Estado (S X E)

Se observó que el tiempo de permanencia y la escala SXE en el grupo I de 0 a 5 años se obtuvo la calificación de 60.33 en las mujeres y la calificación de 48.49 en hombres, es mayor la ansiedad en mujeres que en los hombres con una estancia en el grupo de 0 a 5 años. Por otra parte de 6 a 10 años se obtuvo una calificación de 43.71 y de 11 a 15 años de 48, lo que determina que independientemente del tiempo de permanencia en el grupo el nivel de ansiedad es mayor o menor en la escala de SXE del grupo I. (Ver Tabla No. 14).

Por otra parte cabe decir que solo se mencionó a las mujeres que participaron en los diferentes tiempos de permanencia, y como la participación de las mujeres fue en un número reducido no se tiene la participación de ellas en todos los rangos de tiempo de permanencia por lo que no en todo se mencionaron.

En la tabla No.15 se observó en el grupo II que los sujetos con un tiempo de permanencia de 0 a 5 años en el grupo de A. A. obtuvieron una calificación de 40.5 las mujeres, y 31.29 los hombres de 6 a 10 años, las mujeres obtuvieron 43 y los hombres 33.5

y un rango de 11 a 15 años, las mujeres obtuvieron 43 y los hombres 33.75, lo que confirma nuevamente que las mujeres presentaron un nivel de ansiedad estado mayor que los hombres independientemente del rango de tiempo de permanencia en que se encuentran. Por otra parte tomando en conjunto los hombres y las mujeres para tener solo una calificación de SXE se obtuvo en el rango de 0 a 5 años una calificación de 35.89, en rango de 6 a 10 años 38.25, en el rango de 11 a 15 años de permanencia en el grupo de A. A. de 39.37 lo que determina que los sujetos de menor permanencia tienen un nivel de ansiedad menor que los sujetos de 6 a 10 años y de 11 a 15 años.(Ver Tabla No. 15)

Por otra parte en la Tabla No. 16 se observó en el grupo no. 3 que en rango de 0 a 5 años de permanencia en el mismo las mujeres obtuvieron una calificación de 32 y los hombres una calificación de 40, en el rango de 6 a 10 años las mujeres obtuvieron 33 y los hombres 33.37, lo que demostró que en este caso a diferencia del grupo I y el grupo II, en el grupo III las mujeres tuvieron un nivel de ansiedad menor que los hombres, en todos los rangos de permanencia en todos los rangos de permanencia en el grupo de A. A.(Ver Tabla No. 16).

En el mismo grupo también se observó sin tomar en cuenta el sexo de los sujetos, que en rango de 0 a 5 años se obtuvo una calificación de 36, y en rango de 6 a 10 años una calificación de 34.68, en el rango de 11 a 15 años 38.5, lo que demostró que el nivel de ansiedad puede ser menor o mayor en los sujetos con permanencia menor o mayor en el grupo.

Tiempo De Permanencia y La Escala Rasgo (S X R)

En la Tabla No. 14 del grupo I en la ansiedad, rasgo se observó que en rango de 0 a 5 años de permanencia en el grupo las mujeres obtuvieron una calificación de 51.66 y los

hombres 46.27, lo que demostró que las mujeres obtuvieron un nivel de ansiedad mayor que los hombres. Por otra parte sin tomar en consideración el sexo de los sujetos, se obtuvo que en rango de 0 a 5 años una calificación de 48.96, en el rango de 6 a 10 años una calificación de 43.06, en el rango de 11 a 15 una calificación de 46, lo que demostró que de 0 a 5 años en el grupo hay mayor nivel de ansiedad pero que está no disminuye a través de tener más tiempo en el grupo, ya que de 6 a 10 años de permanencia se obtuvo una calificación menor que la de 11 a 15 años. (Ver Tabla No. 14).

En la Tabla No. 15 del grupo 2 se observó que las mujeres obtuvieron un nivel de ansiedad mayor que los hombres, ya que en el rango de 0 a 5 años obtuvieron una calificación de 44 y los hombres una calificación de 33.39, en el rango de 6 a 10 años las mujeres obtuvieron una calificación de 50 y los hombres una calificación de 32, en el rango de 11 a 15 años las mujeres obtuvieron una calificación de 50 y los hombres una calificación de 41.42 de ansiedad rasgo, por otra parte sin tomar en cuenta el sexo de los sujetos, en el rango de 0 a 5 años de estancia se obtuvo una calificación de 38.69, en el rango de 6 a 10 años de permanencia una calificación de 41, en el rango de 11 a 15 años se obtuvo una calificación de 45.96, lo que demostró que el nivel de ansiedad rasgo es mayor en la medida que aumenta el tiempo de estancia en el grupo (Ver Tabla No. 15).

En la Tabla No. 16 del grupo 3 se observó que de 0 a 5 años de estancia en el grupo las mujeres obtuvieron una calificación de 43.6 y los hombres 41.65, en el rango de 6 a 10 años las mujeres obtuvieron una calificación de 32.66 y los hombres de 37.99, lo que demostró que el sexo no influye en tener un nivel de angustia mayor o menor. Por otra parte sin tomar en consideración al sexo se obtuvo en el rango de 0 a 5 años de estancia una calificación de 42.62, en el rango de 6 a 10 años una calificación de 35.32, en el rango de 11

a 15 años una calificación de 32 y en rango de 15 a 30 años una calificación de 30, lo que demostró que entre menor tiempo de permanencia en el grupo, mayor es el nivel de ansiedad en los sujetos (Ver Tabla No. 16).

Tiempo de Permanencia en los Tres Grupos y Escalas S X E

En la Tabla No. 17 se obtuvo en los grupos I, II, y III en la escala de SXE en el rango de 0 a 5 años de permanencia en los grupos una calificación de 44.27 en las mujeres y 39.92 en los hombres, en el rango de 6 a 10 años en las mujeres se obtuvo una calificación de 38 y en los hombres de 37.86, en el rango de 11 a 15 años de permanencia se obtuvo una calificación de 43 en las mujeres y en los hombres de 40.75, lo que demostró en los tres grupos que las mujeres tienen mayor nivel de ansiedad estado que los hombres. Por otra parte sin tomar en cuenta el sexo de los sujetos, se encontró que en rango de 0 a 5 años de estancia en el grupo se obtuvo una calificación de 42.09, en el rango de 6 a 10 años se obtuvo una calificación de 37.93, en el rango de 11 a 15 años de permanencia se obtuvo una calificación de 41.87, lo que demostró que efectivamente en la escala de ansiedad estado los sujetos de los tres grupos investigados no influye en el tiempo de permanencia de los mismos, ya que como se observó el nivel de ansiedad es mayor en el rango de 11 a 15 años y menor de 6 a 10 años, a pesar de que teóricamente se sostendría que fuera lo contrario, entre menor tiempo de estancia mayor nivel de ansiedad. (Ver Tabla No. 17)

Tiempo de Permanencia en los 3 Grupos y La Escala S X R

Por otra parte en la Tabla No. 17 se obtuvo en el nivel de ansiedad SXR en los grupos I, II y III en el rango de 0 a 5 años de permanencia una calificación de 46.42 en las mujeres y en los hombres una calificación de 40.43, en el rango de 6 a 10 años de permanencia, en el grupo se obtuvo una calificación de 41.33 en las mujeres y en los

hombres una calificación de 37.68, en el rango de 11 a 15 años se obtuvo una calificación de 50 en las mujeres y en los hombres de 64.98, lo que demostró nuevamente que las mujeres de los tres grupos tienen un nivel de ansiedad rasgo mayor que los hombres. Por otra parte independientemente del sexo de los sujetos, en el rango de 0 a 5 años se obtuvo una calificación de 43.42, en el rango de 6 a 10 años una calificación de 39.50, en el rango de 11 a 15 años de permanencia se obtuvo una calificación de 44.98, en el rango de 15 a 30 años de permanencia se obtuvo una calificación de 30, lo que demostró que el nivel de ansiedad rasgo es independiente de tiempo de estancia en los grupos de A. A., ya que el nivel de ansiedad mayor se obtuvo en el rango de 11 a 15 años de permanencia y el menor nivel de ansiedad se obtuvo en el nivel de 15 a 30 años. (Ver Tabla No. 17)

Promedio General de la Escala Estado (S X E)

Por otra parte con respecto a la evaluación general de la escala SXE del grupo 1 y 2 antes y después de la terapia se encontró que el grupo 1 tiene más ansiedad que el grupo 2 (Ver Gráfica de Barras no. 1). En esta relación no se tomó en cuenta al grupo 3 por las mismas razones antes mencionadas.

Escala Estado (S X E) por Sujeto

Por otra parte al describir las gráficas por sujeto de Estado y Rasgo de cada grupo se limitará a describir únicamente aquellos que sus respuestas fueron sobresalientes con respecto de los demás. Cabe decir que los sujetos que no se describen en la gráfica fueron nulificadas por que sus respuestas o calificaciones fueron invalidadas por no cumplir los requisitos de test, como es que si existen 3 respuestas no contestadas el cuestionario carece de confiabilidad, así como en algunos sujetos sólo se presentan una sesión de participación:

El grupo 3 no se pudo graficar ya que solo se obtuvo una sola calificación por sesión. Así en la escala de estado, tomando en consideración las variables de antes y después de la terapia encontramos, que en la Gráfica No. 1 el sujeto No. 4 en la primera sesión incrementa su ansiedad y las otras 3 sesiones restantes decremента su ansiedad por lo que se concluye a que en especial a este sujeto si le funciona la terapia para el manejo de su ansiedad, el resto de los sujetos en una sesión también se observa que decremента su ansiedad, excepto el sujeto 6 que en la sesión que registró incrementó su ansiedad. En la Gráfica No. 2 del mismo grupo 1 tenemos que en los sujetos 7 y 10 entre las sesiones decremента su ansiedad, los sujetos 11 y 12 en la misma sesión mantienen su mismo nivel de ansiedad, el sujeto 9 en la primera sesión mantienen su mismo nivel de ansiedad, el sujeto 9 en la primera sesión decremента su nivel de ansiedad y el sujeto 8 en las dos últimos los decremента en contraste al sujeto 9 que sólo en la última sesión decremента la ansiedad.

En la Gráfica No. 3 del mismo grupo, los sujetos 14, 15, 16, 17 y 18 en la sesión que participaron si decremента la ansiedad del estado, solo el sujeto 20 y 13 incrementaron su ansiedad en la sesión, el sujeto 21 en la primera sesión decremента su ansiedad, entre sesión y sesión la incrementó al igual que en la tercera sesión, la segunda y la cuarta sesión si bajo el nivel de ansiedad en la sesión.

Escala SXR

Por otra parte lo que respecta a la ansiedad rasgo del grupo 1 se encontró en la Gráfica No. 4 que el sujeto 6.5 decremента su ansiedad rasgo, el sujeto 1 en la primera sesión incrementan la ansiedad, el sujeto 4 en la primera, segunda y cuarta sesión incrementan su ansiedad y en la tercera la decremента. El sujeto 3 en la primera sesión mantiene su nivel de ansiedad y en la segunda sesión registrada la decremента.

En la Gráfica No. 5 del grupo 1 se observa que la ansiedad rasgo del sujeto 12 en la sesión que participó decremento, a contrario el sujeto 8 incrementa en la primera y tercera sesión y decremento en la segunda y tercera sesión su nivel de ansiedad, el sujeto 9 incrementa la ansiedad en la primera, la mantiene en la segunda y cuarta sesión y la decremento en la tercera sesión. El sujeto 10 en la tercera sesión decremento la ansiedad y en la cuarta la incrementa. En la Gráfica No. 5 los sujetos 18, 20, 13 y 21 en las sesiones que presentan decremento su ansiedad rasgo, el sujeto 14 y 16 mantienen su ansiedad lineal, el sujeto 17 incrementa su ansiedad rasgo.

Con respecto al grupo 2 se observó en la Gráfica No. 6 que los sujetos 10, 9, 3, 2 y 6 decremento la ansiedad estado en las sesiones en que participaron, el sujeto 37 en las dos sesiones que participó incrementó la ansiedad y lo curioso es que entre esas dos sesiones hay una disminución de la ansiedad, el sujeto 38 decremento su ansiedad y entre esa sesión y la otra la incrementa. En la Gráfica No. 7 del grupo 2 se observó que el sujeto 67 y 65 decrementaron en la sesión en que participaron su ansiedad estado, los sujetos 63, 66 y 64 incrementaron su ansiedad. Por otra parte con lo que respecta a los sujetos 5, 6, 3, 36, 34 y 38 decrementaron su ansiedad en la sesión que participaron, el sujeto 9 y 10 incrementaron su ansiedad rasgo. Es importante mencionar que esta información del manejo de la escala de la ansiedad se tomó sólo si aumenta o disminuye con respecto a las mismas calificaciones que obtuvieron los sujetos, este parámetro fue tomado tal cual se presenta en el manual del test IDARE.

CAPITULO IV

IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

En general la población que se investigó tuvo una edad madura de 44 años; esto tal vez se deba a que los sujetos entre más maduros su sentido de responsabilidad se incrementa, al igual que la conciencia de continuar con vida a partir del reconocimiento personal, familiar, laboral y social que a perdido a través del alcoholismo.

El porcentaje mayor de sujetos de los tres grupos investigados estuvo constituido por el 85% de hombres y el 15% de mujeres, esto es debido probablemente a que socialmente las mujeres juegan roles totalmente diferentes al del hombre de que no le permiten la ingesta de alcohol, como la sumisión y restricción de manifestar sus emociones a través del mismo. Por lo contrario la ingesta de alcohol en el hombre es un patrón de conducta reforzado socialmente a través de valores culturales como la "hombria, valentía y poder".

Como se observó en la Tabla no. 3 el porcentaje mayor en los tres grupos en estado civil fue de 73.75% de sujetos casados, esto se explica en la medida en que las personas que tienen compromisos formales generan mayor tensión física como mental lo que trae como consecuencia un aumento en el nivel de ansiedad en el sujeto, lo que repercute en su necesidad de desahogo de la misma, lo cual lo lleva a la ingesta de alcohol, tan reforzada socialmente. Otra explicación de porque los sujetos casados son los que constituyen la mayor proporción de grupo de A. A. se debe tal vez a que el sujeto el estar integrado a un núcleo familiar de pendiente de él, general más problemática en el mismo lo que lo orilla a acudir a grupos de A. A. a diferencia del sujeto que es soltero al que nada lo obliga a integrarse a un grupo de A. A.

En esta tabla se observó en general que en los tres grupos de A. A. el 23.75 % tuvo estudios de nivel profesional, el 25% nivel secundaria, el 20% de nivel primaria, el 15% nivel preparatoria, el 3.75% nivel maestría y el 1% de sujetos sin preparación académica. Esta muestra confirma el postulado de A. A. que es " el alcohol no respeta nivel social, económico, credo, ocupación, religión y educación ".

En esta tabla se observó que los sujetos que tuvieron mayor tiempo de estancia en el grupo de A. A. son los que permanecieron de 0 a 5 años los cuales constituyen el 55% de la población total de los tres grupos y el 25% de sujetos con permanencia en el grupo de 6 a 10 años, el 16.25% de 11 a 15 años y el 3.75% de 16 a 30 años, esto tal vez es debido a que como seres humanos nos gusta emprender las cosas y no llevarlas a su fin, en el caso de los alcohólicos tal vez su enfermedad y estructura de personalidad no le permite continuar con el grupo, ya que esto implica esfuerzo, tiempo y dedicación y dejar el placer que implica seguir bebiendo y muchos alcohólicos no están dispuestos a pagar el precio de dejar de beber. También es posible que algunos alcohólicos no continúen en el grupo de A. A. por no tener una conciencia real acerca de su enfermedad, no asimilen que el alcoholismo es progresivo y mortal.

A partir de los resultados obtenidos y descritos ya con anterioridad y apoyado en estos se manifiesta que el grupo 1 tiene un nivel de ansiedad estado mayor que el grupo 2 en la variable "antes" de la terapia, al igual que en la variable "después". Con respecto a si cada grupo decremento o incrementó su ansiedad estado antes y después de recibir la "terapia" la gráfica de barras 1 nos muestra que efectivamente la "terapia" influye y afecta directamente en la disminución de la ansiedad estado de los sujetos que asisten a los mismos. Esto tal vez se deba a que en el proceso de la dinámica hay una gran descarga de energía (catarsis) lo que

relaja al sujeto, al igual que el puente de comprensión que se entabla entre ellos o pudiera ser la influencia del nivel económico ya que se observó una diferencia es esta variable en los dos grupos, al igual que se consideró la preparación académica como otro factor de influencia.

Por otra parte, considerando el tiempo de estancia de los sujetos en el grupo de A.A. y el nivel de ansiedad que presentaron, se obtuvo que independientemente del tiempo de estancia los sujetos presentaron un nivel de ansiedad variable, esto significa que los sujetos que tenían 3 años podían presentar un nivel de ansiedad tanto de rasgo como estado mayor o menor que los sujetos de 14 o 10 años de permanencia en el grupo. Así tenemos que por ejemplo en el grupo 1 el sujeto no. 21 que tiene 10 años de pertenecer al grupo presentó una ansiedad rasgo en la segunda sesión similar al sujeto no. 6 que sólo tenía ocho sesiones de asistencia; aunque en la sesión 2 se encontró que el sujeto 21 y el sujeto 6 en la medición de "antes" presentaron una calificación similar 48 y 47 respectivamente pero, en la escala aplicada "después" el primero decremento su ansiedad (31) y el segundo incrementó su ansiedad (53). Otro ejemplo es el sujeto no. 3 que tiene 10 años de estancia y el sujeto 9 que tiene 3 meses de pertenecer al grupo en estos dos sujetos se ve una marcada diferencia en la escala estado ya que en la primera y segunda sesión se encontró que el sujeto de 3 meses obtuvo un nivel de ansiedad mayor que el sujeto de 10 años (66-48,45-48 y 39-39, 35-30) respectivamente. Esto probablemente se debe a que como individuos tenemos una conformación diferente uno de otro, tanto genéticamente como socialmente, y en un momento determinado los seres humanos estamos predispuestos a manifestar mayor o menor ansiedad si esta a sido fortalecida por nuestra vivencia diaria. Es por esto que un alcohólico puede diferir en su nivel de ansiedad a otros alcohólicos, aunque este tenga uno o veinte años de pertenecer a un grupo de A. A. aunque esto no quiere decir que los sujetos

tengan en un momento de sus vida más ansiedad o menor ansiedad que la que registraron en el momento de la aplicación del texto.

Por otra parte, en el grupo 2 se presentó la misma situación del grupo 1 ya que por ejemplo en el sujeto 66 que tiene 12 años comparándolo con el sujeto 63 que tiene 9 meses de estancia en el grupo, éste obtuvo 31-34 en la primera sesión de SXE y el sujeto 66 obtuvo en la misma sesión 31-42. Otra comparación es el sujeto 37 que tiene 1 mes de estancia en comparación con el sujeto 38 que tiene 2.5 años de estancia, el primero obtuvo 33-34 y 33-39 y el segundo sujeto 40-34 y 49 por lo que nuevamente confirma que el nivel de ansiedad no depende únicamente del tiempo de estancia que los sujetos llevan dentro del grupo, sino de otros muchos factores como podrían influir como por ejemplo, la situación económica, política, social y laboral, las relaciones interpersonales y su propia estructura de personalidad, así como el tiempo que el sujeto lleva como alcohólico, el deterioro orgánico debido a la ingesta de otro tipo de drogas. (Ver Gráficas de 1 al 8).

En la Tabla no. 14 y 15 se observó que las mujeres presentaron un nivel de ansiedad rasgo mayor que los hombres, lo cual es debido posiblemente a que las mujeres biológicamente tienden a ser más propensas que el hombre a desarrollar cualquier tipo de neurosis. Por otra parte en los dos grupos antes mencionados se observó que el tiempo de estancia no influye en el nivel de ansiedad estado, esto debido probablemente a que como seres individuales vivimos un tiempo determinado, con un contexto social, familiar, laboral, económico, político y mental diferentes entre los sujetos.

En la Tabla no. 16 del grupo 3 se observó que a diferencia de los grupos uno y dos en este grupo las mujeres tuvieron un nivel de ansiedad, estado y rasgo menor que los hombres esto probablemente es debido a que las personas no contestaron con honestidad o a

que efectivamente el nivel de vida de estas mujeres es mejor que el de los hombres del mismo grupo y de los otros dos grupos. Por otra parte también se observó que el tiempo de permanencia en este grupo a diferencia de los grupos uno y dos, que en este grupo el nivel de ansiedad rasgo se obtuvo que; entre menor es el tiempo de estancia en el grupo mayor es el nivel de angustia en los sujetos lo que confirmaría nuestra hipótesis, pero como solo se trata de un solo grupo no se puede concluir lo anterior. En el nivel de ansiedad estado al igual que en los otros grupos el tiempo de estancia fue independiente del nivel de ansiedad, por las mismas razones planteadas en los grupos uno y dos. (Ver Tabla No. 16)

En la Tabla No. 17 del grupo uno dos y tres se observó que en los tres grupos las mujeres tuvieron un nivel de ansiedad estado y rasgo mayor que los hombres esto debido a las razones anteriormente mencionadas en la Tabla 14 y 15. Por otra parte relacionando el tiempo de estancia en el grupo y el nivel de ansiedad y de estado de los tres grupos se encontró que el nivel de ansiedad no depende del tiempo de estancia, considerando a este como el tiempo que los sujetos llevan en los mismos el cual fue de 0 a 30 años. En esta variable de tiempo de permanencia de los sujetos en los grupos se observó diferentes niveles de ansiedad, mayores o menores independientemente del tiempo. Esto debido también a la estructura personal y social de cada individuo, como seres independientes están constituidos de manera diferente. También se puede argumentar que las calificaciones obtenidas se dieron específicamente en un tiempo determinado y no en el seguimiento de la historia del alcohólico, por lo que los niveles de ansiedad no pueden ser determinados por los tiempos de permanencia en los grupos ya que se necesitaría una investigación desde la integración del sujeto al grupo de A. A. (Ver Tabla No. 17).

Cabe decir por otra parte que los resultados obtenidos son tal cual se obtuvieron a pesar de las variables extrañas como la inasistencia de los sujetos a las sesiones, la poca participación de ellos para responder al test, la falta de datos personales, así como las situaciones externas de algunos encuestados (conflictos sociales, laborales y familiares) hicieron que los datos fueran inconclusos por lo que muchos sujetos no presentaron un perfil de ansiedad en las cuatro sesiones, también cabe mencionar la importancia que tuvo el factor inflacionario imprevisto en el mes de Enero, el cual influyo en el bienestar económico y laboral de los alcohólicos, ocasionandoles angustia y ansieda ante un porvenir incierto. Se sugiere por lo tanto, que para futuras investigaciones al respecto del tema se tomen en cuenta las variables antes mencionadas para una mejor medición de los niveles de ansiedad como podría ser que a los grupos de A. A. se les incentivará mediante un intercambio de conferencias para que estos apoyarán con gusto la investigación, aunque esto arrojaría consecuencias perjudiciales para la misma, ya que el grupo se dice ser autónomo por lo que no permite ningún tipo de intervención. Por otra parte sería conveniente trabajar con grupos pequeños de A. A. donde se tiene un mayor control sobre los integrantes del mismo, como sucedió con el grupo I a diferencia de los grupos II y III que son más grandes y se perdió el control de la asistencia y la conformación de los mismos grupos, lo que da lugar a sujetos flotantes. Así como una investigación de tipo transversal donde se pudiera observar el nivel de angustia de personas alcohólicas desde su etapa de inicio, pasando por todos los periodos de alcoholismo y finalmente su pertenencia al grupo de A. A.; También es importante recalcar que para una futura investigación se utilice otro instrumento que no sea tan complejo para contestarlo y que tenga menor número de items, o por el contrario solo utilizarlo en una sola aplicación y no en tantas aplicaciones que originan que el alcohólico se

fastidie en contestarlo y por lo tanto se refuse a participar en la investigación, por lo que se considera una limitación o un sesgo para los resultados en la presente investigación la utilización del test IDARE por las razones descritas.

Por otra parte en la presente investigación queda claro que los niveles de ansiedad se presentan en mayor o menor grado en las personas de recién ingreso y en sujetos con mayor tiempo de permanecer dentro del grupo de A. A. Por lo que efectivamente la asistencia a la sesión de (terapia) decremento el nivel de ansiedad rasgo y estado en los sujetos. Esto tendría explicación en Noyes (1971), el cual plantea que el alcohol satisface una necesidad psicológica intensa. Esta necesidad es el deseo de alivio a las tensiones producidas por conflictos, frustraciones y resentimientos consecuentes en el alcohólico ya que el cual al dejar de ingerir alcohol canaliza sus tensiones, frustraciones y resentimientos en la "terapia" del grupo de A. A. es por esta razón que el nivel de ansiedad de rasgo y estado disminuye después de la sesión de "terapia". Por otra parte es importante mencionar que la angustia presentada por los sujetos si se manejara también con ayuda profesional decrementarían los niveles de angustia más significativamente ya que se observó que en el grupo A.A. hay sujetos que aunado al alcoholismo presentan otras patologías como es la drogadicción, celotipia, niveles de paranoia, etc. Al igual que una dinámica grupal que carece de profesionalismo y respeto humano ya que fortalece los niveles de angustia en el sujeto mediante la presión psicológica de recaer en el alcoholismo por la inasistencia al grupo ,por otra parte también se genera una corrupción dentro del sistema que hace que se desvirtalice el objetivo de su creación el cual si se cumple ya que se deja de "beber alcohol" por 24 hrs. pero no se rescata completamente la sanidad integral del sujeto el cual muchas ocasiones encuentra en el grupo la satisfacción de otras necesidades que no satisface por él mismo

como el reconocimiento social, que se genera a través del desarrollo de roles implantados por el mismo grupo, lo que genera muchas veces ciertos grados de dependencia hacia el grupo, como lo fue en su tiempo la dependencia hacia el alcohol.

Conclusiones

1.- La población investigada estuvo constituida por una edad madura, en la mayoría hombres casados, profesionistas con nivel de preparación secundaria y primaria, con un estrato socioeconómico medio en la mayoría de los sujetos que integraron los tres grupos.

2.- Las mujeres presentaron mayor nivel de ansiedad tanto de rasgo como estado que los hombres por lo que se acepta nuestra hipótesis planteada en el marco teórico.

3.- El grupo tres presentó un nivel de ansiedad rasgo como estado, menor que los grupos uno y dos.

4.- En la escala estado se obtuvieron calificaciones menores con respecto a la escala rasgo en los tres grupos investigados.

5.- Los niveles de angustia no están determinados por el tiempo de permanencia de los sujetos en el grupo de A.A. ya que algunos sujetos que tenían poco tiempo de estancia presentaron un nivel de ansiedad rasgo y estado semejante a que los sujetos con mayor tiempo de acudir al grupo, por lo que se rechaza la hipótesis planteada en el marco teórico, la cual propone que el nivel de angustia de A.A. o será menor entre mayor sea el tiempo de permanencia en el grupo.

6.- Acudir a las sesiones del grupo de A. A. ayuda al sujeto a disminuir su nivel de ansiedad ya que al aplicar el test "antes" de la "terapia" y "después" de la misma tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado decrecía el nivel de angustia en la mayoría de los sujetos.

7.- El Alcohólicismo es una enfermedad con una etiología multifactorial como lo plantea Edwards (1986) y Fernandez (citado en Molina 1982), ya que no sólo un fenómeno lo desencadena son varios factores que pueden determinar que un sujeto ingiera bebidas

alcohólicas por lo que, la angustia como tal es una causa importante en el desarrollo del alcoholismo, aunque no determinante, el medio ambiente social, cultural, familiar y la propia estructura fisiológica y psíquica del sujeto son importantes para provocar dicha enfermedad.

Algunos teóricos proponen que una posible causa de beber alcohol es para mitigar o narcotizar la angustia a través de dicha droga, como Karen Harney (citada en May 1968) que plantea que la angustia es la fuerza oculta que lleva al alcoholismo, por otra parte Edwards (1986) plantea también que el beber en exceso alcohol elimina o mitiga la ansiedad por lo menos a corto plazo.

8.- La disminución en la angustia de personas alcohólicas es importante aunque no determinante para la disminución y control de su alcoholismo.

9.- La angustia en los grupos de A.A. tiene un poder excepcional para reforzar la asistencia de los alcohólicos a las sesiones " terapéuticas ". Ya que el grupo como tal, elimina o disminuye el nivel de angustia en los sujetos a través de la catarsis y del puente de comprensión que se entabla entre ellas. Aunque por otra parte el grupo provoca y fortalece el nivel de angustia en los sujetos por medio del sistema psicodinámico que emplea.

10.- El alcoholismo como lo plantea A.A. no respeta clase social, sexo, edad, raza, nivel socioeconómico, escolaridad ni nacionalidad.

11.- El nivel de ansiedad en SXE fué menor a SXR .

APENDICE

DIFERENCIAS ENTRE EL MIEDO Y ANGUSTIA

MIEDO	ANGUSTIA
Reacción normal ante situaciones de peligro.	Respuesta a la amenaza anticipada del ser
Identificación en el ambiente.	Sentimiento inmotivado o autónomo.
Sentimiento motivado.	No se acompaña de objeto concreto.
Se acompaña siempre de objeto concreto.	Objeto indefinido.

AYUSO (1988).

Anexo I

DIFERENCIAS ENTRE ANGUSTIA Y ANSIEDAD.

ANGUSTIA	ANSIEDAD
Mas visceral.	Mas psíquica.
Mas constrictiva.	Mas libre
Opresión precordial o epigástrica.	Sensación de falta de aire
Sobre sobrecogimiento	Sobresalto

AYUSO (1988)

Anexo II

DIFERENCIAS ENTRE ANGUSTIA NORMAL Y ANGUSTIA PATOLOGICA

ANGUSTIA LIGERA	ANGUSTIA PATOLOGICA
Mas ligera. Función adaptativa. Menos corporal. Ocurre en el plano de los sentimientos Psíquicos. Surge dentro del ámbito de la libertad.	Mas profunda, recurrente o persistente. Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Mas corporal. Ocurre en el plano de los sentimientos vitales. Implican reducción de la libertad personal.

LOPEZ-IBOR (1950, 1966) CITADO EN AYUSO (1988).

Anexo III

DIFERENCIAS ENTRE ANGUSTIA ENDOGENA Y ANGUSTIA EXOGENA

ANGUSTIA ENDOGENA	ANGUSTIA EXOGENA
Presencia de ataques, espontáneos de angustia.	Ausencia de ataques espontáneos de angustia.
Curso independiente de circunstancias ambientales	Curso influido por circunstancias ambientales.
Frecuente historia familiar de ataques de angustia.	Sin historia familiar sin ataques de angustia.
Frecuente reclamo.	Raramente reclama asistencia médica.
Asistencia médica.	Similar frecuencia en ambos sexos.
Predominio en el sexo femenino .	Responde a Psicoterapia.
Responde a farmacoterapia.	

Anexo IV

SHEEHAN (1982) CITADO EN AYUSO (1988).

FICHA DE IDENTIFICACION

La presente ficha de investigación tiene como objetivo obtener datos personales, los cuales serán confidenciales con el fin de determinar si existen diferencias significativas en los niveles de angustia en personas de Alcohólicos Anónimos con diferente tiempo de estancia, considerando las diferencias de sexo, edad y nivel socioeconómico. Por lo cual pedimos a Usted conteste las siguientes preguntas

Agradeciendo de antemano su participación.

- 1.- **Iniciales de su nombre.**
- 2.- **Edad.**
- 3.- **Sexo.**
- 4.- **Estado Civil.**
- 5.- **Escolaridad.**
- 6.- **Ocupación.**
- 7.- **Colonia donde vive.**
- 8.- **Cuánto tiempo lleva dentro del grupo.**

Anexo V.

IDARE

Inventario de Auto-evaluación

por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Regiosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Iniciales: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada

frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO	UN POCO	MUCHO	BASTANTE
	ABSOLUTO			
1. Me siento calmado.....	1	2	3	4
2. Me siento seguro.....	1	2	3	4
3. Estoy tenso.....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado.....	1	2	3	4
5. Estoy agusto.....	1	2	3	4
6. Me siento alterado.....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente				

por algún posible contratiempo...	1	2	3	4
8. Me siento descansado.....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.....	1	2	3	4
10. Me siento cómodo.....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo.....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso.....	1	2	3	4
13. Me siento agitado.....	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"...	1	2	3	4
15. Me siento reposado.....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado.....	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido.	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

IDARE

Inventario de Auto-evaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN- TEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado.....	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por				

cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mi mismo.	1	2	3	4
33. Me siento seguro.....	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico.....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.....	1	2	3	4

ANEXO VI

TABLA NO. 1

EDAD

RANGO DE EDAD No. SUJETOS	
TOTAL:GLOBAL	

GRUPO 1	HOMBRES	33 A 53 AÑOS	10	40.0 AÑOS	36.5 AÑOS
	MUJERES	33 AÑOS	1	33 AÑOS	
GRUPO 2	HOMBRES	23 A 65 AÑOS	31	42.9 AÑOS	46.95 AÑOS
	MUJERES	35 A 68 AÑOS	6	51 AÑOS	
GRUPO 3	HOMBRES	34 A 69 AÑOS	27	49. 6 AÑOS	48. 2 AÑOS
	MUJERES	37 A 66 AÑOS	5	46. 8 AÑOS	
GRUPOS : 1,2,3	HOMBRES	23 A 69 AÑOS	68	44.16 AÑOS	43.88 AÑOS
	MUJERES	33 A 68 AÑOS	12	43. 6 AÑOS	

TABLA NO. 2

SEXO

GRUPO 1	HOMBRES	10	90.90%
	MUJERES	1	9.09%
GRUPO 2	HOMBRES	31	83.78%
	MUJERES	6	16.21%
GRUPO 3	HOMBRES	27	84.37%
	MUJERES	5	15.62%
GRUPO 1,2,3	MUJERES	12	15%
	HOMBRES	68	85%

TABLA NO. 3

ESTADO CIVIL

% CASADOS	% SOLTEROS	% VIUDOS	% DIVORCIADOS
-----------	------------	----------	---------------

GRUPO 1	H: 9	81.08	1	9.09				
	M: 1	9.09						
GRUPO 2	H: 19	51.35	10	27.02			2	5.40
	M: 2	05.40	1	02.70	2	5.40	1	2.70
GRUPO 3	H: 35	78.12	1	3.12			1	3.12
	M: 03	09.37	1	3.12	1	3.12		
GRUPOS: 1,2,3	H: 53	66.95	12	15			3	3.75
	M: 06	07.05	2	02.5	3	3.75	1	1.75
TOTAL: GLOBAL	59	73.75	14	17.5	3	3.75	4	5

TABLA NO. 4

ESCOLARIDAD

	PRI	%	SEC	%	PRE	%	PRO	%	C.TEC	%	N.E	%	MA	%
GRUPO 1														
H:			6	54.54	2	18.18	1	09.09					1	18.18
M:	1	09.09												
GRUPO 2														
H:	8	21.62	6	16.21	6	16.21	5	13.51	4	10.81			2	05.40
M:			1	02.70			1	02.70	3	08.10	1	2.70		
GRUPO 3														
H:	7	21.87	6	18.75	3	09.37	11	34.37						
M:			1	03.12	1	03.12	01	03.12	2	06.25				
GRUPOS:														
1,2,3, H:	15	18.75	18	22.5	11	13.75	17	21.25	4	5			3	3.75
M:	01	01.25	02	02.5	01	01.25	02	02.5	5	6.25	1	1.25		
TOTAL														
GLOBAL:	16	20	20	25	12	15	19	23.75	9	11.25	1	1.25	3	3.75

PRI = PRIMARIA

PRO = PROFESIONAL

SEC = SECUNDARIA

MA = MAESTRIA

PRE = PREPARATORIA

N.E. = NO ESTUDIO

C.TEC = CARRERA TECNICA

TABLA NO. 5

OCUPACION

	NO.	%
PROFESIONISTA	14	17.5
COMERCIANTE	19	23.7
EMPLEADO	25	31.2
DESEMPLEADO	3	03.7
JUBILADO	1	01.2
OBRERO	8	10
OTROS	4	5
DOMESTICA	2	02.5
HOGAR	4	5
	TOTAL 80	

TABLA 5-1 OCUPACION POR GRUPO

	NO.	%
GRUPO 1		
COMERCIANTE	3	27.2
EMPLEADO	7	63.6
DOMESTICA	1	09.0
GRUPO 2		
PROFESIONISTA	3	08.1
COMERCIANTE	5	13.5
EMPLEADO	13	35.1
DESEMPLEADO	2	5.41
JUBILADO	1	02.7
OBRERO	7	18.9
OTROS	3	08.1
DOMESTICA	1	02.7
HOGAR	2	05.4
GRUPO 3		
PROFESIONISTAS	10	31.2
COMERCIANTE	11	34.3
EMPLEADO	6	18.7
DESEMPLEADO	1	03.1
OBRERO	1	03.1
OTROS	1	03.1
HOGAR	2	06.25
SUBTOTAL:	32	
TOTAL:	30	

TABLA NO. 6

LUGAR DE RESIDENCIA

	NIVEL SOCIOECONOMICO		NIVEL SOCIOECONOMICO		NIVEL SOCIOECONOMICO	
	MEDIO-BAJO	%	MEDIO	%	MEDIO-ALTO	%
GRUPO 1	10	90	1	10		
GRUPO 2	13	35.1	16	43.2	8	2.7
GRUPO 3	11	34.3	18	56.2	3	9.3
GRUPOS: 1,2,3	34	42.5	35	43.7	11	13.7

TABLA NO. 7

TIEMPO DE PERMANENCIA EN A.A.

	0-5 AÑOS	%	6-10 AÑOS	%	11-15 AÑOS	%	16-30 AÑOS	%
GRUPO 1	H: 4 M: 1	36.06 09.09 ----- 45.45	5	45.45	1	9.09		
GRUPO 2	H: 18 M: 2	48.64 05.40 ----- 54.04	5 1	13.51 02.70	8 1	21.61 02.70	1 1	2.70 2.70 ----- 5.40
GRUPO 3	H: 15 M: 04	46.87 12.05 ----- 59.37	8 1	25 03.12 ----- 28.12	3	9.37	1	3.12
GRUPOS: 1,2,3	H: 37 M: 07	46.25 08.75	18 02	22.05 02.05	12 1	15 01.25	2 1	2.05 1.25
TOTAL: GLOBAL	44	55	20	25	13	16.25	3	3.75

TABLA NO. 8

MIEMBROS DE CADA GRUPO

GRUPOS	C/FICHA	%	SIN FICHA	%	TOTAL	%	TOTAL	%
	IDENTIFIC.		IDENTIFIC				GLOBAL	
GRUPO 1	H: 10 M: 1	47.6 04.76	10	47.6	20 01	95.2 4.76	21	13.90
GRUPO 2	H: 31 M: 6	44.92 08.69	32	46.37	63 06	91.30 08.69	69	45.69
GRUPO 3	H: 27 M: 05	44.26 08.19	29	47.54	56 05	91.80 08.19	61	40.39
GRUPOS: 1,2,3	H: 68 M:12	45.03 07.94	71	47.01	139 012	92.05 07.94	151	100

TABLA NO. 9

NUMERO DE PARTICIPANTES POR SESION

GRUPOS	SESION 1		ESION 2		SESION 3		SESION 4	
	2-12-95	%	20-12-94	%	9-1-95	%	26-2-95	%
1	ANTES	47.61	H		H		H	
	10	47.61	M	42.85	M	52.38	M	28.57
	DESPUES		8	47.61	10	52.38	5	28.57
	10		1		1		1	
			9		11		5	
			1		0		1	
2	9-12-94		22-12-94					
	ANTES	53.62		42.02				
	37	20.28	29	08.69				
	DESPUES							
	14		6					
3	14-12-94		4-1-95		18-1-95		1-1-95	
	32	52.45	19	31.14	20	32.78	10	16.39

TABLA NO. 10

CALIFICACIONES DE S X E Y S X R
PROMEDIO GENERAL POR SESION

SESION	1	SESION	2	SESION	3	SESION	4
--------	---	--------	---	--------	---	--------	---

GRUPO 1	SXE 49.2	47.5	39.09	43.33
ANTES	SXR 40.6	40.0	41.0	42.00
DESPUES	SXE 40.4	43.7	38.27	39.33
	SXR 41.7	37.4	41.81	42.5
GRUPO 2	SXE 35.46	36.04		
ANTES	SXR 44.56	39.52		
DESPUES	SXE 35.0	29.57		
	SXR 41.5	39.0		
GRUPO 3	SXE 43.13	30.5	32.5	32.9
	SXR 40.8	37.21	33.5	34.66

TABLA NO. 11

PROMEDIO GENERAL DE SXE Y SXR ANTES Y DESPUES POR GRUPO.

	ANTES	DESPUES
GRUPO 1	ESCALA SXE 44.78	SXE 40.42
	ESCALA SXR 40.9	SXR 40.85
GRUPO 2	ESCALA SXE 35.75	SXE 32.28
	ESCALA SXR 42.04	SXR 40.25
GRUPO 3	ESCALA SXE 34.75	
	ESCALA SXR 36.65	

TABLA No. 12

PROMEDIO GLOBAL ANTES Y DESPUES DE LA ESCALA ESTADO Y RASGO.

ANTES	DESPUES
ESCALA SXE 40.26	ESCALA SXE 36.35
ESCALA SXR 41.47	ESCALA SXR 40.55

TABLA No. 13

CALIFICACION GLOBAL DE SXE Y SXR DE LA PRIMERA Y ULTIMA SESION

CLASIFICACION GLOBAL DE ANTES DE LA PRIMERA SESION.	CLASIFICACION GLOBAL DESPUES DE LA ULTIMA SESION.
X SXE = 42.33	X SXE = 34.52
X SXR = 41.16	X SXR = 40.75

TABLA 14

GRUPO I

TIEMPO DE PERMANENCIA Y CALIFICACION DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO

TIEMPO DE PERMANENCIA	SUJETO	SXE	SXR
0 A 5 AÑOS	M	60.33	51.66
	H	48.49	46.27
		----- 54.41	----- 48.96
6 A 10 ANOS	H	43.71	43.06
11 A 15 ANOS	H	48	46

TABLA 15

GRUPO 2

TIEMPO DE PERMANENCIA Y CALIFICACION DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO

TIEMPO DE PERMANENCIA	SUJETO	SXE	SXR
0 A 5 AÑOS	M	40.5	44.6
	H	31.29	33.39
		-----	-----
		35.89	38.69
6 A 10 AÑOS	M	43	50
	H	33.5	32
		-----	---
		38.25	41
11 A 15 AÑOS	M	43	50
	H	35.75	41.92
		-----	-----
		39.37	45.96
16 A 30 AÑOS	*	*	*
	*	*	*

TABLA 16

GRUPO 3

TIEMPO DE PERMANENCIA Y CALIFICACIONES DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO

TIEMPO DE PERMANENCIA	DE SUJETO	SXE	SXR
0 A 5 AÑOS	M	32	43.60
	H	40	41.65
		----- 36	----- 42.62
6 A 10 AÑOS	M	33	32.66
	H	36.37	37.99
		----- 34.80	----- 35.32
11 A 15 AÑOS	M	*	*
	H	38.50	32
15 A 30 AÑOS	M	*	*
	H	*	30

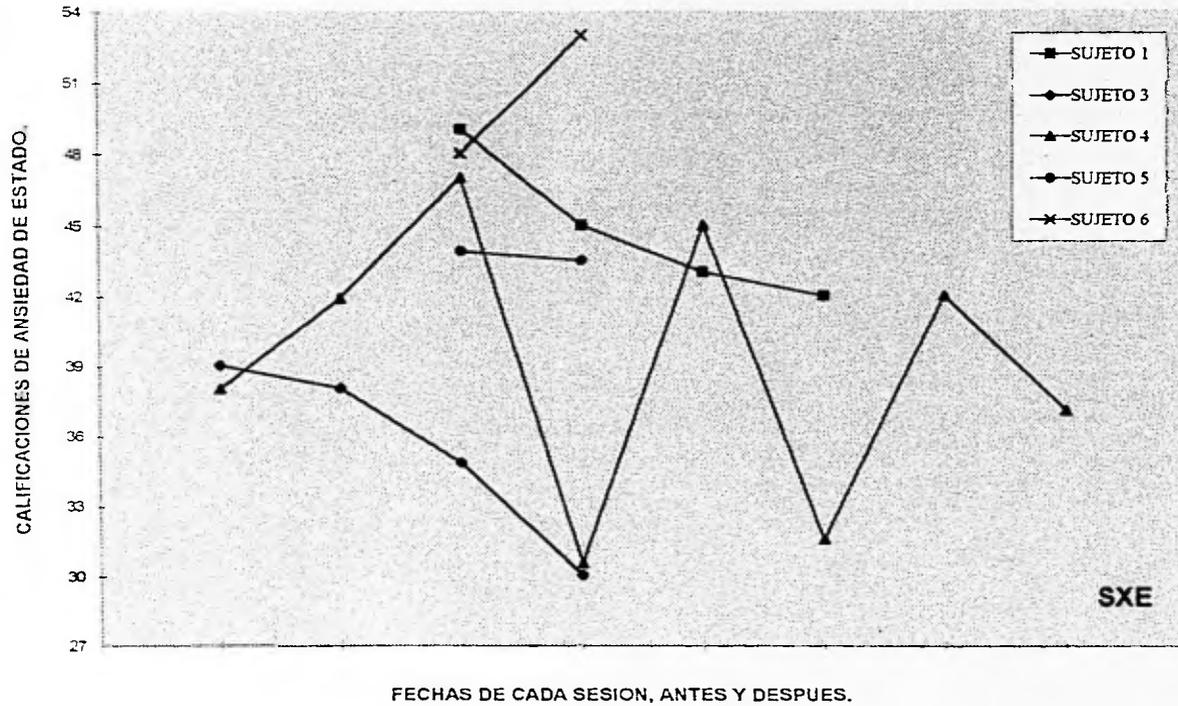
TABLA 17

GRUPO I, II Y III

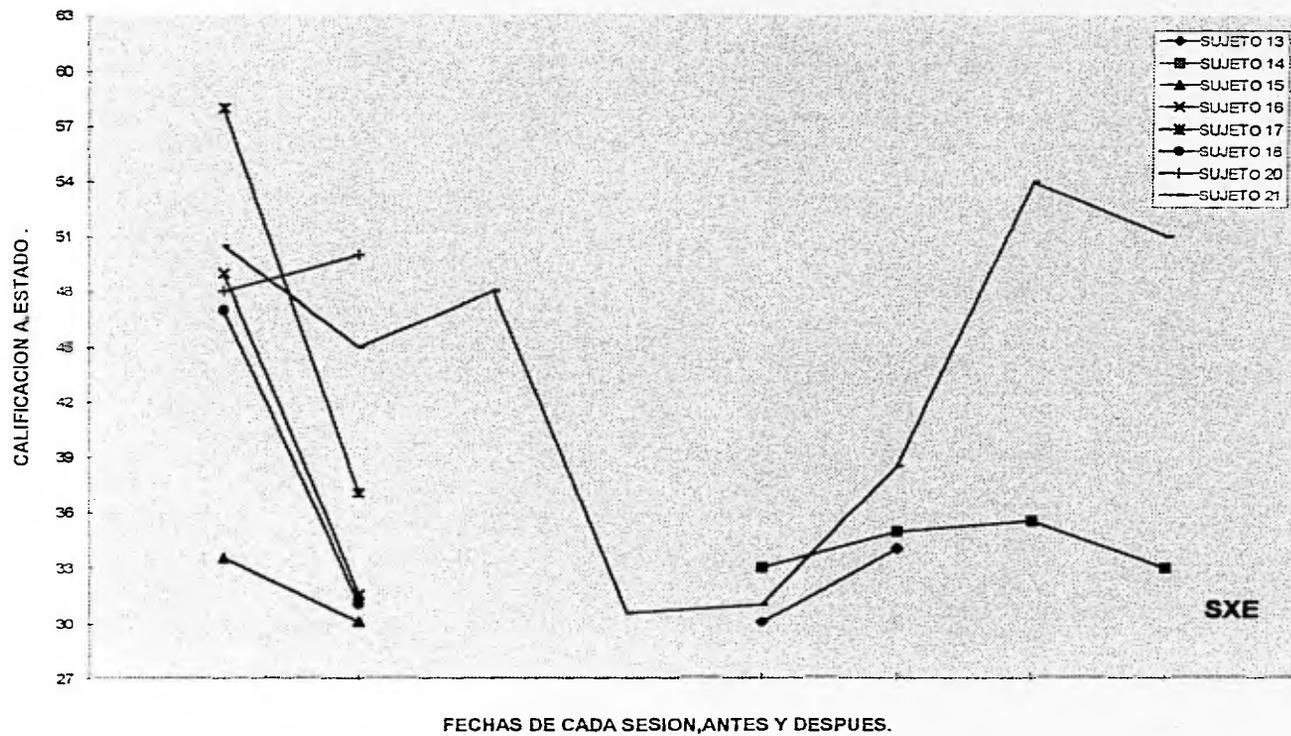
TIEMPO DE PERMANENCIA Y CALIFICACIONES DE ANSIEDAD ESTADO Y
RASGO

TIEMPO DE PERMANENCIA	SUJETO	SXE	SXR
0 A 5 AÑOS	M	44.27	46.42
	H	39.92	40.43
		----- 42.09	----- 43.42
6 A 10 AÑOS	M	38	41.33
	H	37.86	37.68
		----- 37.93	----- 39.50
11 A 15 AÑOS	M	43	50
	H	40.75	39.97
		----- 41.87	----- 44.98
15 A 30 AÑOS	M	*	*
	H	*	30

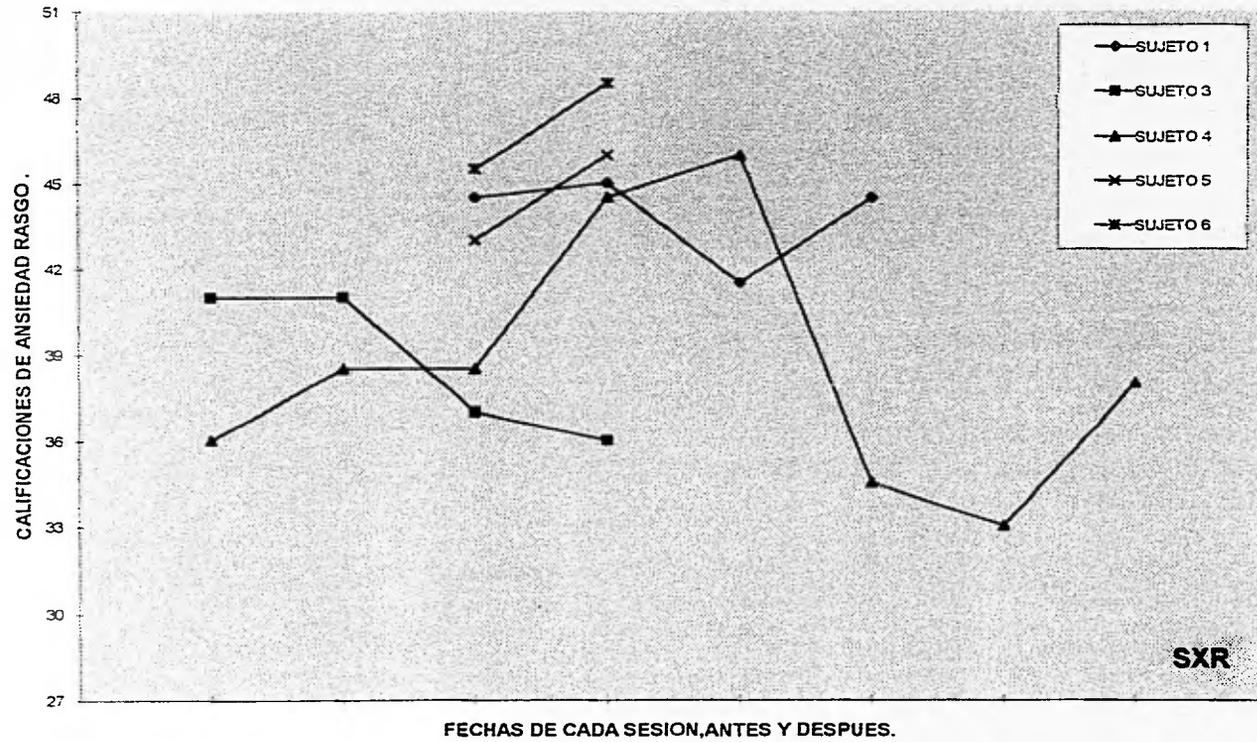
GRAFICA N°1
GRUPO I.A. ESTADO, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



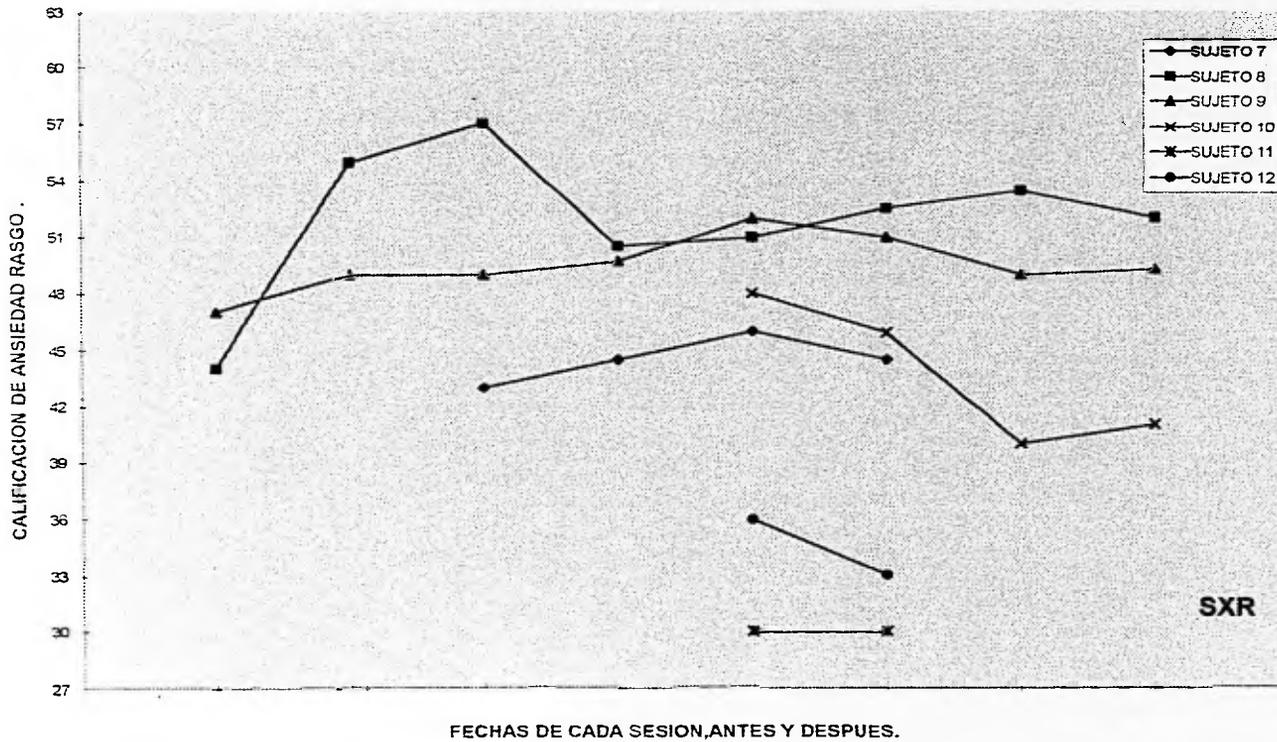
GRAFICA N°3
GRUPO I.A.ESTADO, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



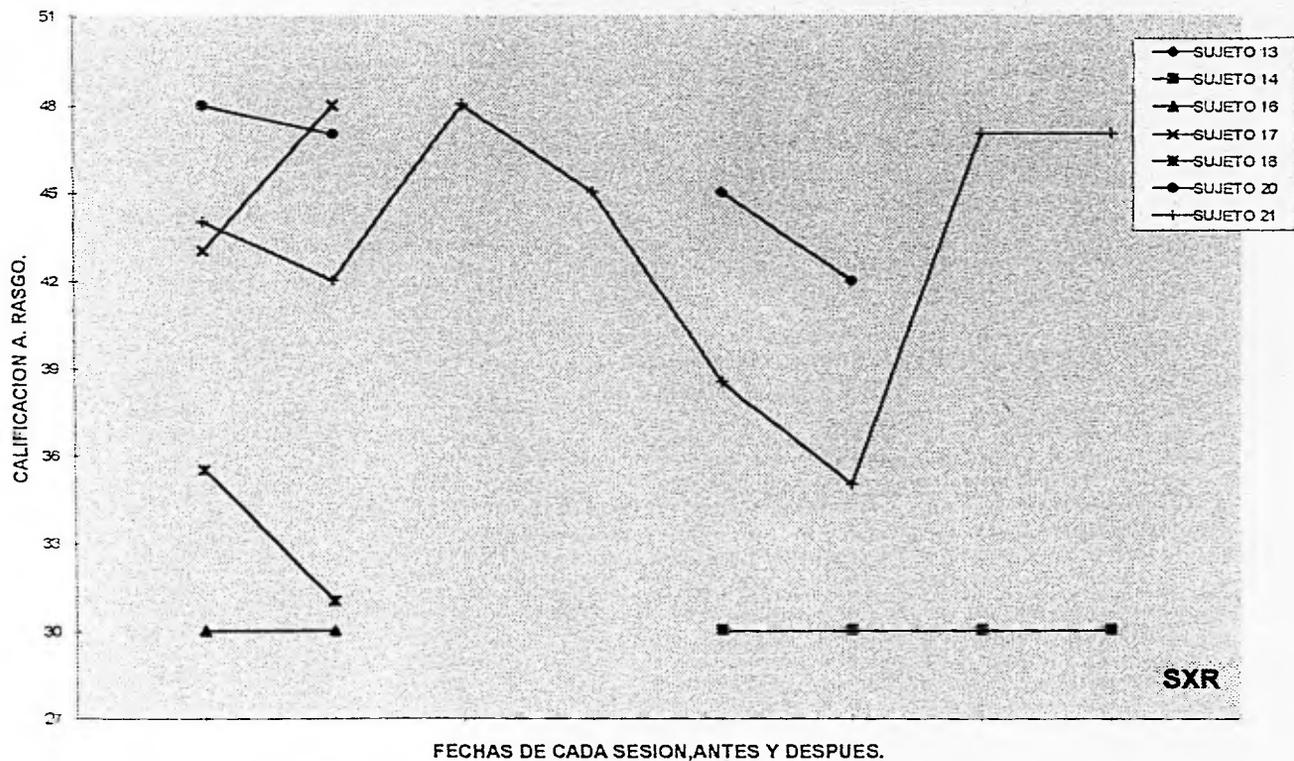
GRAFICA N°4
GRUPO I.A. ESTADO, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



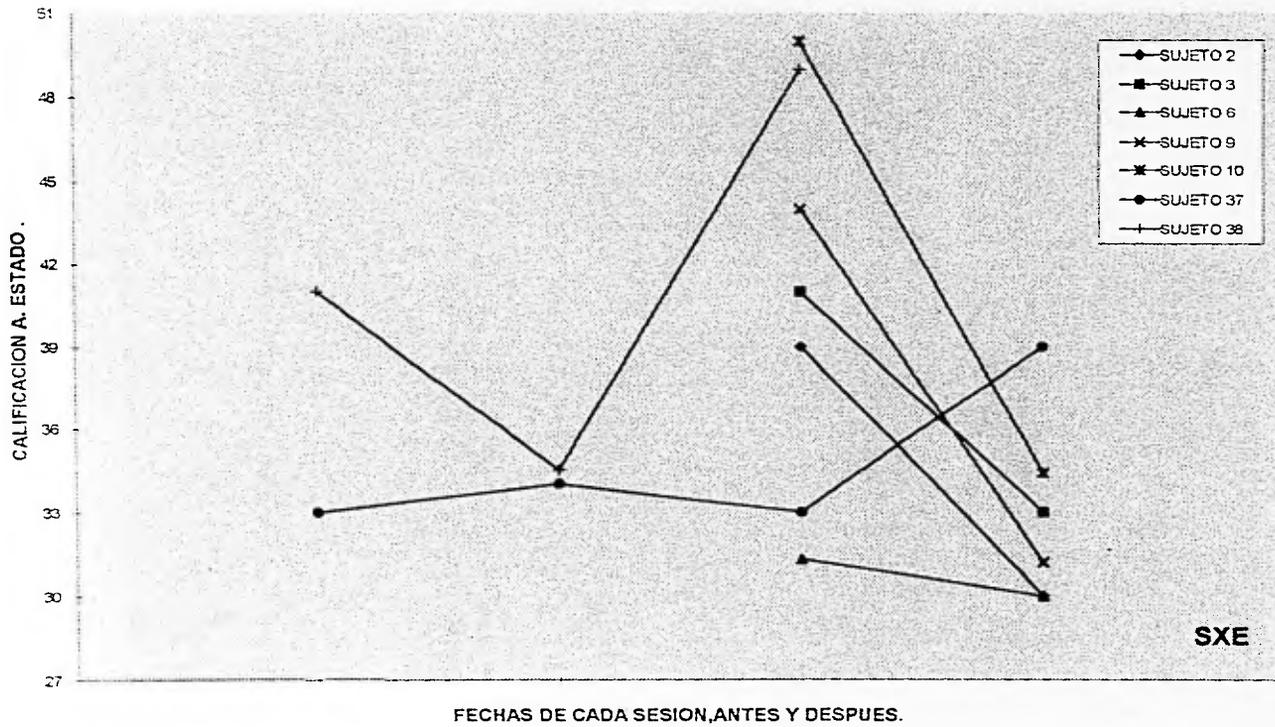
GRÁFICA N°5
GRUPO I.A.RASGO, ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



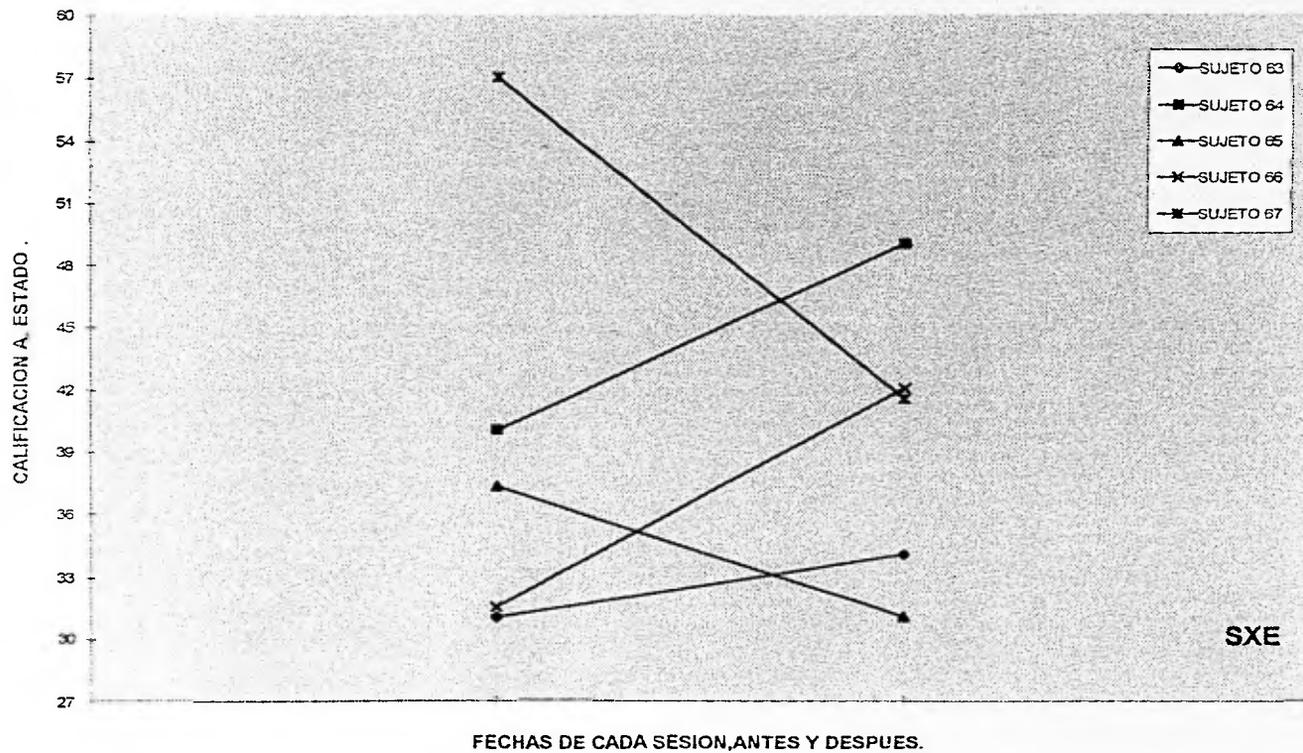
GRAFICA Nº 6
GRUPO I.A.RASGO, ANTES Y DESPUES LAS SESIONES.



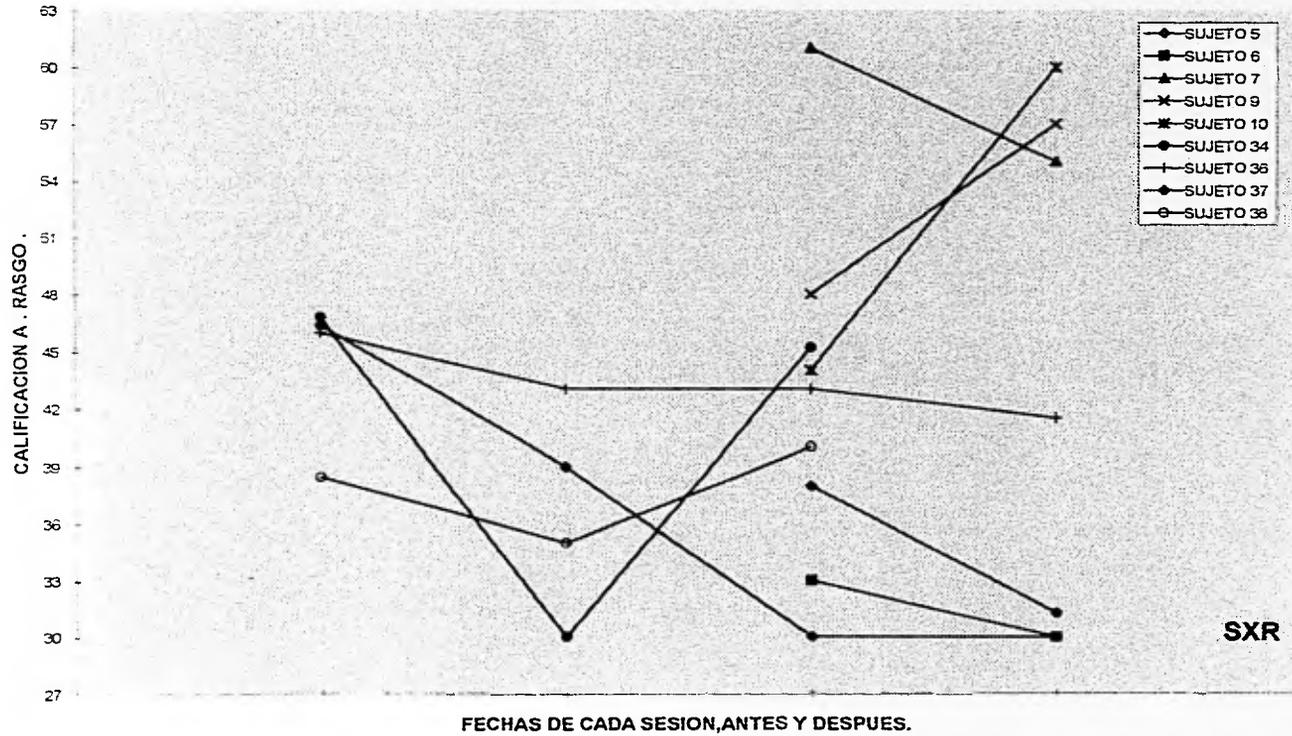
GRAFICA N° 7
GRUPO II.A.ESTADO,ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



GRAFICA N° 8
GRUPO II.A.ESTADO,ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



GRAFICA Nº 9
GRUPO II.A.RASGO,ANTES Y DESPUES DE LAS SESIONES.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anónimos en su comunidad *ALCOHOLICOS*.
- 2.- Ayuso Gutiérrez, J. *TRASTORNOS DE ANGUSTIA* ,Barcelona (1988)
- 3.- Berlanga, C. y Col. Salud Mental , V.14. No. 1 , Marzo *TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA CRISIS DE LA ANGUSTIA*. (1991).
- 4.- Bill W., Central Mexicana de Servicios Generales A.A., A.C. *TRES CHARLAS A SOCIEDADES MEDICAS* (1989).
- 5.- Calvin, S. Hall, *COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA*. México, Ed. Paidós. (1987).
- 6.- Castilla de Pino, C. *ANSIEDAD*. Madrid, Ed. Siglo 21, (1991).
- 7.- Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. *ALCOHOLICOS ANONIMOS*, (1989).
- 8.- Central Mexicana de Servicios Generales A.A., A.C., *EL ARTICULO DE JACK ALEXFANDER SOBRE ALCOHOLICOS ANONIMOS*, (1989).
- 9.- Central de Servicios Generales de A.A., A.C. *ESTO ES A. A.* (1989).
- 10.-Central Mexicana de Servicios Generales A.A. A.C., *LAS DOCE TRADICIONES*, (1989).
- 11.- Central Mexicana de Servicios Generales A.A., A.C. *UN PUNTO DE VISTA SOBRE ALCOHOLICOS ANONIMOS*, (1989).
- 12.- Clara, T. *EL PSICOANALISIS*. México, Ed. Foudo de Cultura Económica (1992).
- 13.-De Ropp, R. *LAS DROGAS Y LA MENTE*, México, (1980).
- 14.- Diel, P. *EL MIEDO Y LA ANGUSTIA* . México, Ed. Fondo de Cultura Económica

- 15.-Ey, H. Bernard P. Brisset, Ch. *TRATADO DE PSIQUIATRIA*. México, Editorial Masson, (1986).
- 16.- Freud Anna, *EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA*. México Ed. Paidós. (1984).
- 17.- Griffith, E. Octubre. *TRATAMIENTO DE ALCOHOLICOS*, De. Trillas (1986).
- 18.- Dr. Jellinek, *NUEVA VERSION DE LA TABLA DE LA ALCOHOLOMANIA* Oficina Intergupal de Servicios de A. A.
- 19.- Kessel, N; Walton, H. *ALCOHOLISMO COMO PREVENIRLO PARA EVITAR SUS CONSECUENCIAS*, México ,Editorial Paidós, (1991).
- 20.- Kielhoz, P. *ANGUSTIA ASPECTOS PSIQUICOS Y SOMATICOS*. Madrid S.A Ed. Morata, (1970).
- 21.- Kilib, N. *PSIQUIATRIA MODERNA*. Nueva York, Editorial Fournier (1971).
- 22.- Molina V. Sánchez L. *EL ALCOHOLISMO EN MEXICO*. México, Patología Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (1982).
- 23.- Molina, V. Sánchez L. *EL ALCOHOLISMO EN MEXICO* ,Varsovia, Patología fundación de investigaciones sociales, A.C. (1982).
- 24.- Mother, Ira. Weitz, A. *COMO ABANDONAR LAS DROGAS*. Ed. Martínez Roca. Libros Universitarios y Profesionales, (1984).
- 25.- Pelas Burbante Ma. del Carmen. *ANSIEDAD*
- 26.- Pellegrini, J. Dr. *ALCOHOL, ALCOHOLISMO, ALCOHOLICOS*, México Edición cinco, (1988).
- 27.- Ravangnan, L. M. *ORIGEN DE LA ANGUSTIA*. Argentina, Ed. Universitaria Buenos Aires, (1981) .

- 28.- Revista psicológica. No. 34 julio-agosto, *EL ALCOHOLISMO*. México Edición para Latinoamérica (1983).
- 29.- Roman Celis, C. *EL ALCOHOLISMO EN MEXICO IV HISTORIA Y LEGISLACION*. México, Ed. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (1984).
- 30.- Secretaria de Salud Conadic. *PROGRAMA CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE BEBIDASALCOHOLICAS*. (1992-1994).
- 31.- Stanley Schachter, R. *ANGUSTIA NORMAL Y PATOLOGICO* ,Buenos Aires. Ed. Paidós, (1968).
- 32- Souza, M. Machorro *ALCOHOLISMO CONCEPTOS BASICOS*, México, (1988).