

138  
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFFECTOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL, EN EL  
AUTOCONCEPTO Y LA PERSONALIDAD DE UN GRUPO  
DE PACIENTES PSIQUIÁTRICAMENTE  
HOSPITALIZADOS POR ALCOHOLISMO CRÓNICO.

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ADOLFO GUZMÁN GUZMÁN

Director de Tesis

Mtro. Juan Manuel Morales Flores

México, D.F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A mis padres y hermanos  
por su apoyo y aliento permanente**

**A Janeth K.  
con cariño y reconocimiento**

*A mis padres y hermanos  
por su apoyo y aliento permanente*

*A Janeth K.  
con cariño y reconocimiento*

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero dar las gracias al Mtro. Juan Manuel Morales Flores por haber aceptado dirigir esta tesis, sus valiosas aportaciones y sugerencias fueron fundamentales y determinantes para la elaboración de la misma.

También quiero agradecer a los sinodales: Rosa María Cordova Alvarez, Beatriz Glowinsky, Araceli Mendoza Ibarrola y Patricio Castro Albarran por sus observaciones y recomendaciones que en mucho enriquecieron el presente trabajo. Sin embargo, la elaboración y contenido es de mi completa responsabilidad.

## RESUMEN

El objetivo principal de la investigación fue, la medición del impacto de nueve sesiones de terapia grupal para alcohólicos en el Autoconcepto y los rasgos de personalidad de 25 pacientes psiquiátricos de sexo masculino que ingresaron al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" con un diagnóstico de psicosis alcohólica.

Se utilizó un diseño pre experimental de un grupo, con medida pre y post del Autoconcepto y los rasgos de personalidad, empleándose la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Cuestionario Investigativo de la Personalidad.

Además, se aplicó la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcohólicos (HCPCA), para recabar los antecedentes, estado y consecuencias de la trayectoria de los pacientes que formaron la muestra.

En el análisis estadístico de los datos de la HCPCA se encontró que 72% de la muestra tenían de 20 a 35 años de edad, también predominó el estado civil de soltero en un 44%, la religión actual que predominó fue la de católico, 24 % siempre había estado desempleado, 80% inició la ingesta de alcohol antes de los 20 años de edad, 72% fueron referidos por familiares y solamente 12% por alguna institución médica. En los antecedentes familiares patológicos de la muestra se encontró que, el 64% de los sujetos tuvo o tiene un padre alcohólico.

Con respecto al análisis inferencial del Autoconcepto y la personalidad se utilizó la prueba de Wilcoxon, donde se concluyó, con base en los resultados obtenidos, que no existían diferencias estadísticamente significativas en estas dos variables, después de haber recibido las nueve sesiones de terapia.

## I N D I C E .

págs.

I N T R O D U C C I O N.....	1
------------------------------	---

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

AUTOCONCEPTO, PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA GRUPAL.....	7
---	---

- 1.1. Definición de autoconcepto.
- 1.2. El autoconcepto según William H. Fitts.
- 1.3. Concepto de personalidad.
- 1.4. Personalidad según Gordon W. Allport.
- 1.5. Definición conductual de la personalidad.
- 1.6. La teoría de la gestalt con respecto a la personalidad.
- 1.7. Aspectos generales de la teoría psicoanalítica sobre la personalidad.
- 1.8. La técnica psicoanalítica.
- 1.9. Psicoterapia de grupo.
- 1.10. La terapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo.
- 1.11. Principios de la dinámica de grupos, aplicados al grupo terapéutico.
- 1.12. La experiencia curativa en la psicoterapia de grupo.
- 1.13. Posibles efectos y respuestas del grupo terapéutico.

### C A P I T U L O II

CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO..	39
--	----

- 2.1. Diversas teorías sobre la etiología del alcoholismo.
- 2.2. Algunos otros estudios sobre la personalidad del alcohólico.
- 2.3. Un punto de vista sobre la psicodinamia del alcoholismo.

## C A P I T U L O    I I I

### CONSUMO DE ALCOHOL Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA ..... 52

- 3.1. Estudios epidemiológicos sobre la ingesta de alcohol.
- 3.2. Principales cuadros psicopatológicos derivados por alcoholismo crónico.

## C A P I T U L O    I V

### ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA EL ALCOHOLISMO ..... 70

- 4.1. Metas de la teoría conductual y psicoanalítica.
- 4.2. Técnicas de tratamiento.
  - 4.2.1. Terapia farmacológica.
  - 4.2.2. Terapia conductual.
- 4.3. Supuestos básicos de la teoría del aprendizaje social sobre el uso y abuso del alcohol.
- 4.4. Tratamiento médico del alcoholismo.
- 4.5. Grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos (A.A.)
- 4.6. Esquema conceptual y plan de trabajo de la terapia grupal, practicada en alcohólicos crónicos en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
  - 4.6.1. Marco conceptual de la terapia grupal.
  - 4.6.2. Descripción de actividades terapéuticas.
  - 4.6.3. Criterios para la integración de grupos terapéuticos.
  - 4.6.4. Bases y propósitos específicos de la terapia grupal.
  - 4.6.5. Metas a alcanzar en la terapia grupal.
  - 4.6.6. Filosofía y principios del análisis transaccional.

## C A P I T U L O    V

### M E T O D O L O G I A ..... 102

- 5.1. Planteamiento y justificación del problema.
- 5.2. Hipótesis.
- 5.3. Variables.

- 5.4. Definición conceptual de variables.
- 5.5. Definición operacional de variables.
- 5.6. Sujetos.
- 5.7. Características del muestreo.
- 5.8. Tipo de estudio.
- 5.9. Diseño.
- 5.10. Instrumentos.
- 5.11. Procedimiento.

## C A P I T U L O VI

ANÁLISIS DE DATOS Y CONCLUSIONES.....	117
6.1. Resumen de los cinco capítulos más importantes de la Historia clínica psiquiátrica codificada para alcohólicos (HPCPA)	
6.2. Análisis descriptivo de los perfiles de Autoestima.	
6.3. Análisis descriptivo del Cuestionario Investigativo de la personalidad (C.I.P.)	
CONCLUSIONES.....	156
SUGERENCIAS.....	163
ANEXOS.....	167
BIBLIOGRAFIA.....	201

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo, es considerado un problema de salud pública en nuestro país, en donde diariamente se integran nuevos alcohólicos a las estadísticas, variando la localización de los problemas desde el más pobre hasta el más rico, en los cuales las consecuencias de su alcoholismo se enfatizan más en una clase social que en otra. Es decir, a los borrachos callejeros se les han venido a sumar los alcohólicos de la clase media y alta, los conductores ebrios y un gran número de jóvenes que consumen en grandes cantidades couleers, sangritas y viña real.

Los efectos secundarios de la ingesta de alcohol en forma ocasional o a nivel crónico se caracterizan por, enormes pérdidas económicas, accidentes de tránsito, delitos del fuero común y federal, suicidios, homicidios, disfunciones en el núcleo familiar y un deterioro progresivo en la salud física y psíquica del sujeto alcohólico.

Sin embargo, la producción y consumo de bebidas alcohólicas también representa una enorme fuente de ganancias económicas, por lo que desde comienzos de siglo se ha ido produciendo un debilitamiento general de las restricciones que el estado impone a la compra de alcohol y a su consumo en los lugares públicos.

Esta polaridad del problema ha llevado a la realización de múltiples investigaciones, mismas que han generado información importante sobre la etiología del alcoholismo, sus efectos y consecuencias; así como de las diversas formas de tratamiento que si bien no han resuelto totalmente el problema del alcoholismo, sí representan avances importantes para la elaboración de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de este padecimiento.

En los últimos años, en la ciudad de México se han tenido experiencias aisladas tanto en el sector público como en el privado, de centros dedicados exclusivamente a la atención de los alcohólicos donde se reportaron buenos resultados. Tal es el caso del "Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares" (CAAF), creado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el año de 1977. Los servicios que se ofrecían en este centro incluían la psicoterapia propia de Alcohólicos Anónimos (A.A.), la farmacoterapia de los servicios médicos y la orientación o psicoterapia familiar.

Desgraciadamente, y no obstante los buenos resultados reportados, esta institución en la actualidad ya no existe.

Otra experiencia interesante de programas integrales para el tratamiento de alcohólicos fue, la del programa de rehabilitación del Instituto Mexicano del Seguro Social que funcionó de 1973 a 1979, y el que también, lamentablemente, por razones económicas desapareció.

El modelo de rehabilitación del I.M.S.S. era un modelo de prevención de tipo especializado del alcoholismo, integrado dentro de un Hospital Psiquiátrico y cuyos objetivos principales eran el tratamiento médico integral del alcohólico, motivarlo hacia una abstinencia permanente y someterlo a una terapia de tipo reeducativo, con objeto de mejorar sus ajustes personales, familiares, laborales, y sociales. También se trabajaba con la familia del alcohólico y en algunos casos, con personal del centro de trabajo del paciente. El personal del programa estaba integrado por un equipo de salud psiquiátrico (psiquiatra, psicólogos, trabajadora social y dos residentes de psiquiatría). (Elizondo, 1979)

Por otra parte, también se han desarrollado experiencias fuera del sector público, como la del Centro de Atención Integral en Problemas de Alcoholismo (CAIPA) que proporcionaba un tratamiento integral a los enfermos con síndrome de dependencia al alcohol, así como a sus familiares y a las empresas donde dichos enfermos prestaban sus servicios. Esto se lograba a través de un programa interdisciplinario que incluía a psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadoras sociales, técnicos en rehabilitación, consultores en alcoholismo, enfermeras psiquiátricas, interconsultantes en gastroenterología, neurología y medicina interna, así como los grupos de alcohólicos anónimos y de Alanón.

En una primera fase, el paciente era sometido a desintoxicación, tratamiento de las complicaciones, prevención del síndrome de abstinencia y un estudio médico integral. En una segunda fase, en donde el enfermo permanecía internado 4 semanas, recibía un tratamiento psicoterapéutico tanto de grupo como individual de tipo interdisciplinario, en el que también colaboraban los grupos de A.A., y Alanón; finalmente, una vez dado de alta el paciente, se le seguía tratando en forma externa durante 18 meses para reforzar la sobriedad y reinsertarlo a la vida productiva y a la sociedad.

Sin embargo, aunque los resultados obtenidos por estos centros de rehabilitación fueron estimulantes como lo reportan las investigaciones realizadas al respecto, lamentablemente, por diversas razones estos programas como lo hemos señalado, en la actualidad ya no existen. (18,35).

En otros estudios clínicos epidemiológicos llevados a cabo en hospitales psiquiátricos del sector salud, se describen a los alcohólicos crónicos como el tipo de pacientes con más ingresos

hospitalarios, los que reportan los porcentajes más altos de recaídas y una deserción sumamente alta en los tratamientos de carácter médico y psicoterapéutico.

Es así, que debido ha estas características, la atención que se les brinda a estos pacientes en los hospitales del sector publico se centra en la mayoría de las veces, básicamente, en normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol y en tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo; y muy difícilmente en un tratamiento psicoterapéutico, ya que la mayoría de los casos presenta daños severos en sus capacidades físicas y psíquicas, por lo que llevar acabo un programa de tratamiento enfocado en lograr la plena rehabilitación del paciente es casi imposible.

¿ Pero que se puede hacer por este tipo de pacientes ? Contestar esta interrogante es sumamente difícil y lo sera más si aceptamos que solamente podemos tratar de controlar a los alcohólicos que llegan a estos extremos, por que si bien no se pueden lograr cambios sustanciales debido a los daños cerebrales que presentan, si podemos conocer a través de su tratamiento datos importantes para la elaboración de programas de tratamiento y de prevención.

Por ello mi interés de conocer si a través de nueve sesiones de terapia grupal, encaminadas a motivar la abstinencia y la aceptación del alcoholismo, se puede llegar a influir en los rasgos de personalidad y el autoconcepto de un grupo de 25 pacientes alcohólicos que recibieran durante su estancia, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", una terapia grupal para pacientes alcohólicos basada en un modelo médico y en donde el criterio básico de mejoría es la abstinencia absoluta.

El trabajo esta dividido en seis capítulos, buscando con ello proporcionar una visión general sobre el problema del alcoholismo, su tratamiento y sobre todo en resaltar la necesidad y obligación que tiene todo Hospital Psiquiátrico en nuestro país de contar con un programa actualizado, de tipo interdisciplinario, para la atención del paciente alcohólico.

En el primer capítulo, titulado: "Autoconcepto, Personalidad y Psicoterapia Grupal", se analizan las premisas y conceptos más actuales que permitirán revisar de manera global las variables que son consustanciales para la realización de esta tesis.

En el segundo capítulo, intitulado: "Consideraciones Etiológicas y psicológicas del alcoholismo", se revisan de manera sintética las principales investigaciones sobre la personalidad alcohólica, realizándose además un ensayo sobre la psicodinamia del alcoholismo a fin de contribuir a una mejor comprensión de la dinámica psíquica del sujeto alcohólico.

En el tercer capítulo: "Consumo de alcohol y Alteraciones Psicológicas en la Población Psiquiátrica", se consideran factores estadísticos y sintomáticos de este padecimiento tanto en la población en general como en la población estrictamente psiquiátrica.

En el cuarto capítulo, intitulado: "Alternativas Terapéuticas para el Alcoholismo", se revisan con detalle los modelos de intervención en el tratamiento del alcoholismo: terapia conductual, psicoanalítica, médica, de alcohólicos anónimos y, la Psicoterapia aplicada y desarrollada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" que se basa en un modelo médico y en la teoría del análisis transaccional.

En el quinto capítulo de "Metodología", se hará un análisis específico de las variables manejadas en el estudio: psicoterapia de grupo, autoconcepto y personalidad, así como de las pruebas psicológicas empleadas: Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Cuestionario investigativo de la personalidad que permitirán verificar los efectos de la terapia grupal.

Finalmente, en el sexto capítulo de "Análisis de resultados y conclusiones", se abordarán los aspectos más importantes en la comprobación de hipótesis.

# CAPÍTULO I

## **AUTOCONCEPTO, PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA GRUPAL.**

### **1.1. DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO.**

Aunque la investigación sistemática del término "Autoconcepto" y de los factores que lo componen es bastante reciente, los orígenes del mismo se pueden seguir en el tiempo a través de una serie de definiciones que tienen relación con la Autoestima o el "Self", sin embargo, la finalidad del estudio no es hacer un análisis exhaustivo del término, por ello nos enfocaremos exclusivamente a las definiciones más recientes que sustentan el marco teórico de esta investigación y el empleo de la escala de autoconcepto de Tennessee en la medición de los efectos de la terapia.

En la actualidad en el campo de la psicología científica, se define el autoconcepto como "la percepción que la persona tiene de sí misma en cuanto a actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a sus propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptación social." (Byrne 1984, cit. en Diaz, 1994).

De la misma manera, Ochoa (1995) reafirma lo anterior, diciendo que el "sí mismo" se origina tanto en la auto observación (introspección o atención, dirigida conscientemente a procesos psíquicos) de las propias vivencias y acciones; así como las diversas formas de juicio ajeno (alabanza, censura, recompensa y castigo). Lo segundo conduce también a la autoimagen ideal y a la descripción con el ideal del yo, o sea el autoconocimiento.

Entendiendo éste último, como una representación figurada y duradera en la experiencia del individuo, de sus peculiaridades (ser), conducta, predisposiciones, actitudes y motivaciones. Este mismo autor divide al autoconcepto en tres elementos participantes: el yo corporal, el yo moral y el yo social.

En el yo corporal se reúne un esquema tridimensional que todo individuo posee; los sentimientos que tiene acerca de su propio cuerpo, de las cosas que emanan de él (aliento, sudoración, olor, semen etc.) y a los tipos de objetos (ropa, accesorios, peinado etc.) que por su relación afectiva con el yo forman parte de su yo corporal. El yo moral tiene como finalidad comparar o sentenciar, el comportamiento de acuerdo a las normas y valores predominantes de una sociedad. El yo social se refiere a las interacciones sociales que son de capital importancia en la formación y desarrollo de la personalidad, pues toda actividad humana se desarrolla en un contexto social determinado. De lo cual se agrega, que las tres estructuras son interdependientes entre sí.

En esta misma línea, De León (1994) establece que el autoconcepto es un constructo multidimensional en el cual se incluye la forma como la persona actúa, la manera como se percibe y estima. Menciona que el autoconcepto está compuesto por tres aspectos fundamentales: el cognitivo (contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido) y el connotativo (respuestas comportamentales de la actitud).

Como se observa existe concordancia en las definiciones presentadas, sin embargo, Oñate (1989) establece que: "es necesario distinguir al autoconcepto de su aspecto evaluativo; una cosa es la capacidad objetiva que yo poseo y otra puede ser lo que considero que soy capaz.

Lo que pienso que soy, condiciona lo que yo haga y lo que de hecho sea, en el futuro" (me comportaré como creo que soy). Argumenta que el ambiente social, así como las respuestas reales de otros individuos serán importantes para determinar cómo éste se percibirá a sí mismo; esta percepción influirá en su autoconcepto el cual a su vez guiará su conducta. (ct. en De León, 1994)

Para Hall y Lindzey, (1974) ct. en Ochoa 1995, el término autoconcepto posee dos significados distintos "Uno, como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación".

El primer significado constituye una definición de sí mismo como objeto, ya que denota las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de la persona acerca de sí misma considerada como un objeto, en tal sentido el sí mismo es lo que la persona piensa acerca de sí.

El segundo significado constituye una definición del sí mismo como proceso: el Sí mismo es ejecutar en el sentido de que consiste en un activo grupo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir.

## 1.2. EL AUTOCONCEPTO SEGÚN WILLIAM H. FITTS.

Por otro lado, el Dr. William H. Fitts en 1965, realiza una de las investigaciones más completas sobre el autoconcepto. Su principal aportación fue el desarrollo y estandarización de la escala Tennessee de Autoconcepto. Para Fitts el autoconcepto es "la imagen que el individuo tiene de sí mismo", la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental.

Así, por ejemplo, las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas" tienden a actuar de acuerdo con ésta idea, aquéllas que tienen un concepto irreal de sí mismas, tienden a enfocar la vida y a otras personas de forma irreal; aquéllas que tienen conceptos desviados tienden a comportarse de forma desviada. (Fabala, 1984; Ochoa, 1995)

Fitts dividió el autoconcepto en dos dimensiones: interna y externa.

1.- La dimensión interna esta compuesta por:

a) Identidad del Yo.

Describiendo ésta como la necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta "¿Quién soy yo?", o como la necesidad de establecer su identidad.

Esto se obtiene a través de las etiquetas que otros le asignan, las cuales el individuo las va introyectando y van formando parte de su identidad. Cada una de estas etiquetas de identidad influirán en la percepción de su mundo fenomenológico, en la forma de responder e interactuar y en las observaciones que él elabora de sí mismo.

b) Conducta del Yo.

Las consecuencias que la conducta puede tener influyen en si ésta continuará o desaparecerá, también determina si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad del Self. Establece que es intrínsecamente recompensante el hacer cosas que uno puede hacer.

c) Satisfacción del Yo.

La satisfacción del Yo funciona como un observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; existe la tendencia del hombre de asignar valores a muchas de sus percepciones y en la forma de evaluarlas. Esta tendencia evaluativa del Yo es un componente principal de autopercepción y provee los elementos para la autoestima.

2.- Dimensión externa:

a) Yo físico.

El Yo físico está integrado por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia física.

El individuo no sólo desarrolla percepciones corporales o de su físico que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo de su desarrollo, hasta llegar a coincidir con la estructura corporal real, sino también adoptan hacia sí mismos las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. Tal vez desarrolle un concepto corporal satisfactorio o llegue a considerar su cuerpo y sus partes como desagradables, sucias, vergonzosas o asquerosas, a través de lo cual refleja la interacción que ha establecido con las figuras paternas y más tarde, con otras personas significativas.

El concepto que el individuo se forma de su propio cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior y en gran parte, determinará su capacidad de adaptarse con éxito, al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos.

b) Yo ético moral.

Es un indicador de que alguna actividad del individuo ha quebrantado o ésta quebrantando un importante aspecto de la imagen y evaluación que tiene de sí mismo, pudiendo causar ansiedad y sentimientos de culpa, aunque no exista la amenaza de un castigo exterior inmediato.

Es decir, cuando la conciencia está "tranquila", existe un equilibrio psíquico moral. Pero una conciencia "intranquila" atormenta y afirma que se ha violado de un modo u otro el estilo de vida del individuo. Este mediará la situación mediante una racionalización o se arrepentirá y tratará lo que percibe como "malo".

c) Yo personal.

Se refiere a los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla, lo que le permite obtener mayor seguridad y confianza en sí mismo. Si éstas no son satisfactorias, o si son negativas y no responden a los intereses de la persona, suelen reflejarse en una bajo autoconcepto.

d) Yo familiar

Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a la naturaleza y afectividad de sus relaciones con los miembros de su grupo primario (familiares y amigos cercanos) y su sentido de adecuación como un miembro de familia.

e) Yo social

Se refiere a la actitud del individuo derivada de sus relaciones familiares hacia otras personas y hacia sí mismo, las cuales ejercerán influencias favorables o desfavorables sobre las relaciones sociales del individuo, lo que a su vez afectará su ubicación y desempeño dentro de un grupo social.

Fitts, establece que cada uno de estos factores tanto de la dimensión interna como de la dimensión externa, interactúan en forma dinámica de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados en forma directa o indirecta.

De todo lo anterior, el autor concluye diciendo que la gente con un autoconcepto distorsionado, tiene más dificultades en la vida y que la psicoterapia trata que la gente desarrolle una autoconsciencia más realista de ellos mismos, propiciando con ello una aceptación más realista de sus personas, es decir, una aceptación tal y como ellos son.

También, supone que se puede lograr una mejor autoconsciencia si un grupo vital o un pequeño grupo desarrolla una interacción libre, abierta y no destructiva, ya que ésto contribuirá a una autopercepción más realista de los individuos.

Rogers (1975), al igual que Fitts está de acuerdo en que la persona que completa su psicoterapia se siente más aliviada al ser ella misma, más segura de sí misma, y más realista en sus relaciones con los demás, ya que con ello establece mejores relaciones interpersonales.

De estas definiciones, encontramos una premisa fundamental, que es ampliamente reconocida en las investigaciones sobre alcoholismo: "todo alcohólico presenta un pobre Autoconcepto". (Fabela, 1984). Siendo importante, por lo mismo, conocer los efectos de la terapia grupal sobre el autoconcepto del paciente alcohólico crónico, partiendo de la base que William H. Fitts nos expone al respecto: "El autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye en su conducta y ésta directamente relacionada con su personalidad y su salud mental".

Siendo ésto una de las razones, de la utilización del instrumento creado por Fitts, ya que el estudio que realiza acerca del Autoconcepto a través de su escala, evalúa tanto en forma general como específica, las dimensiones que forman el Autoconcepto; permitiendo con ello un acercamiento mucho más aproximado a la medición de los efectos de la terapia grupal, en esta área tan importante del paciente alcohólico, que gira alrededor de su estructura de personalidad.

### 1.3. CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, puede explicarse en función de varias razones: primero, nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, etc., de determinada manera. Segundo, integra en un sólo concepto los conocimientos de la persona como son la percepción, la motivación y el aprendizaje. Y tercero aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo.

Casi todos los autores concuerdan en afirmar, que el significado primitivo de esta palabra era el de "máscara". Pero la palabra personalidad significaba, entre otras cosas, el actor que la máscara ocultaba, es decir, el verdadero conjunto de sus cualidades internas y personales. La definición que dio Boecio en el siglo VI es quizá la más famosa "persona est substantia individua rationalis naturae" (persona es una sustancia individual de naturaleza emocional). ( Talayero 1990)

#### 1.4. PERSONALIDAD SEGÚN GORDON W. ALLPORT.

Sin embargo, Allport (1970), en relación a las definiciones de personalidad refiere que no hay definiciones correctas ni precisas alrededor de éste constructo hipotético, argumentando que "los términos solamente pueden ser definidos de modo que sean útiles para propósitos determinados." Por lo que define personalidad como: "la organización dinámica en el interior del individuo de aquéllos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente". Para Allport, la organización dinámica debe ser considerada como algo en constante desarrollo y cambio, que es motivacional y se autorregula; de ahí la clasificación de "dinámica". En cuanto al sistema psicofísico, el término "psicofísico" nos hace presente que la personalidad no es exclusivamente mental ni exclusivamente neural. La organización reúne la actividad del cuerpo y de la mente, que se dan inextricablemente unidas en una unidad personal que es influida por el ambiente social.

El mismo autor determina que la personalidad es algo y hace algo. Es lo que está por detrás de los actos específicos y dentro del individuo, pues ejerce influencia sobre todos los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es conocida la personalidad. La cual es tan diferente como cada uno de los individuos que existen, pero pese a las variaciones entre caso y caso, hay una ley sin excepciones: "toda personalidad se desarrolla en forma continua desde el estado de la infancia hasta la muerte y durante todo ese lapso, aunque cambia persiste". (2)

Asimismo, el mismo autor sostiene que siempre actúan en la personalidad, la influencia de la "herencia y el ambiente".

Sobre la herencia nos dice: "las tres principales materias primas de la personalidad: el físico, las dotes de inteligencia y el temperamento, están genéticamente determinadas por la herencia estructural y sólo son ligeramente alteradas por las condiciones subsiguientes al nacimiento". Estas materias primas de la herencia actúan en todas las edades influyendo en el desarrollo de los rasgos y actitudes. A veces la acelera la influencia del ambiente; a veces la limitan, pero siempre su fuerza se hace sentir.

En cuanto a otras teorías, a continuación se exponen las que más se apegan al marco teórico y que nos llevarán a globalizar la base de una estructura de personalidad adaptable y saludable.

#### 1.5. Definición conductual de la personalidad.

La teoría conductista concibe a la personalidad como un "conjunto de hábitos y disposiciones emocionales que constituyen un repertorio conductual global, que se desarrolla a partir de los fenómenos de aprendizaje operante, dinámicados por un conjunto de disposiciones emocionales condicionadas e incondicionadas".

Considerando de manera contundente, que los principios psicológicos especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación.

Por otro lado, la terapia conductista se concentra en el aquí y en el ahora, no requiriendo que sean conocidas las condiciones precisas del aprendizaje que propician las dificultades presentes.

El terapeuta conductual utiliza diferentes técnicas o métodos dependiendo de la naturaleza del problema. En la teoría conductual, además de la teoría del aprendizaje, se utilizan con frecuencia principios derivados de la psicología social y de la psicología fisiológica. Por lo tanto, generalmente se llevan acabo cambios ambientales que influyen en aspectos físicos y sociales de la persona misma; se trata de aumentar el autocontrol del consultante por medio de un incremento de habilidades y de su autonomía; el consultante formula una serie de metas de tratamiento y el terapeuta indica los procedimientos a seguir para lograr dichas metas.

#### 1.6. La teoría de la Gestalt con respecto a la personalidad.

Para la Gestalt la personalidad es la estructura compuesta por la persona y el ambiente psicológico, los cuales se dividen en regiones que tienen comunicación entre sí y forman un espacio vital de la personalidad, presentando diferentes configuraciones en el tiempo. Se pueden presentar algunos hechos psicológicos que van a constituir el foco de atención de la persona. La dinámica se presenta cuando existe una necesidad de la persona es decir, existe una pérdida de equilibrio en una región psíquica, surgiendo la tensión ésta hace que se realicen acciones logrando el equilibrio y satisfaciendo la necesidad. (Noriega, 1990)

El desarrollo de la personalidad ocurrirá conforme a los procesos de diferenciación, integración y fluctuaciones continuas en las propiedades de los límites de las regiones. Implicando una configuración integral, adaptativa y distinta. (41)

La terapia Gestáltica es un proceso progresivo, un deslizarse de situación en situación, caracterizada cada una en lo interior por necesidades, sentimientos, experiencias. Y en lo exterior, por percepciones, diálogos, encuentros que se entretengan siempre de una manera compleja y total, analizándose la conducta en función de la resolución de problemas. El terapeuta en términos generales, procura contribuir a que el paciente tenga un sentido más agudo de las múltiples facetas de cada situación y a que encuentre y se dé solución al problema que supone. (31)

#### 1.7. ASPECTOS GENERALES DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA SOBRE LA PERSONALIDAD.

Freud sostenía la tesis de que la estructura psicológica humana consta de tres entidades: el yo, el ello y el super yo; considerando que la vida mental era producto de la interacción de estas tres entidades psíquicas. Al Yo lo definió como "la organización coordinada de los procesos mentales en una persona". En él existe una parte consciente y una inconsciente. Al Yo consciente pertenece la percepción y el control motor, y al inconsciente, el censor de los sueños y el proceso de represión (Ellenberger, 1970).

El ello se refiere a un sistema de energía fenomenal, que surge con el ser en su nacimiento y con él permanece el resto de su vida. El ello sólo conoce el principio del placer y no le interesa nada más. Es una materia cruda salvaje, indisciplinada, hedónica y fundamental que da energía al hombre durante toda su vida. (Bischof, 1973)

Por su parte, el super yo es el órgano de observación, juicio y castigo del individuo. Siendo una fuente importante de los sentimientos sociales y religiosos. Su origen está en las configuraciones del primer yo del individuo, que ha sido reemplazado, y sobre todo en la introyección de la figura del padre como parte de la resolución del complejo de edipo.

Por lo tanto, la construcción que elabora el individuo del superyo depende de la forma como se haya resuelto el complejo de edipo. Por otra parte, el superyo recibe su energía del ello; de aquí su calidad frecuentemente cruel y sádica. Lo que llega a explicar, el papel de los sentimientos de culpabilidad neuróticos en las obsesiones, melancolía e histeria. (14)

A manera de conclusión, Freud indicaba que: "el ello es completamente amoral, el yo trata de ser moral, y el superyo puede ser super moral y cruel como sólo el ello puede serlo." (14)

Por otra parte, Freud consideraba los cinco primeros años de la vida, como esenciales y decisivos para la formación de la personalidad del individuo y las dividió en tres fases:

#### Fase oral.

En la formación de la personalidad del individuo, la primera secuencia en desarrollarse se relaciona con la zona érogena de la boca y para ser mas exactos, en los labios. El recién nacido usa la cavidad bucal para ingerir alimentos lo cual le proporciona placer al satisfacer el hambre y al proporcionarle cierto goce y seguridad con el contacto físico.

### Fase anal.

En esta etapa el controlar los movimientos paristálticos sobrepasa el sentido de la realidad propios del infante. Los músculos del esfínter, en la zona anal, funciona para descargar las heces fecales. Eliminando el producto y disminuida la presión, el individuo experimenta placer al reducir la tensión.(4)

### Fase fálica.

Es muy probable que antes de los dos años de edad, el niño haya pasado ya las etapas evolutivas oral y anal, para posteriormente tener la capacidad evolutiva de descubrir y experimentar el placer en las restantes zonas érogenas de su cuerpo, es decir, en los órganos genitales pene y vagina.(4)

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la forma como el individuo haya superado cada una de estas etapas evolutivas y constitutivas de la personalidad, determinará su peculiar forma de ser.

Si bien el bosquejo de este breve esquema, con respecto al desarrollo psicosexual, és y sigue siendo básico para la corriente psicoanalítica, también lo es la técnica psicoanalítica que con sus aportaciones dió paso hacia una consolidación en el tratamiento de las neurosis.

## 1.8. LA TECNICA PSICOANALÍTICA

La técnica psicoanalítica es en la actualidad en el campo de la clínica la mejor alternativa que nos permite acercarnos a un entendimiento de la dinámica psíquica del sujeto alcohólico, por esto la mencionaremos brevemente ya que posteriormente, hablaremos de la personalidad y la dinámica psíquica del alcohólico en base a esta teoría.

En el desarrollo del psicoanálisis, Freud, pasó de la hipnosis y de la sugestión al método de la asociación libre. En ésta se le pide al paciente que diga todo aquello que pase por su mente, sin importar lo absurdo, inmoral o penoso que pareciera. Es decir, el paciente no debe ejercer selección consciente alguna, ni aplicar ninguna lógica al proceso del pensamiento. Así, lo expresado por el paciente provenía del todo el conjunto de sus experiencias vitales.

Esta técnica de interpretación utiliza como material no sólo las asociaciones libres y las resistencias, sino también las parapraxias del paciente, los actos sintomáticos y los sueños.

En el proceso de elaboración de la técnica psicoanalítica, Freud sugería modificaciones profundas. En 1915 en sus ensayos titulados "Introducción a la metapsicología", Freud manifiesta la necesidad de rectificar una estructura conceptual que fuera lo suficientemente amplia como para abarcar todos los hechos y aspectos del psicoanálisis(14).

Definió la metapsicología como un sistema que describía los hechos psicológicos desde un punto de vista topográfico, dinámico y económico.

El primero significaba la distinción del consciente, el preconscious y el inconsciente. El dinámico, aludía a las fuerzas físicas en conflicto entre sí. Y el económico, significaba la regulación de las fuerzas mentales mediante el principio de placer-displacer.(14)

Lo que en forma concreta, el abordaje psicoanalítico se apoya en tres áreas:

- 1) Topográfico: ubicación del Yo, el Ello y el Superyo.
- 2) Dinámico: representación de los conflictos psíquicos, y
- 3) Económico: regulación de las fuerzas mentales del individuo.

En forma especial, Freud resalta que el inconsciente contiene algo más que material reprimido, y explica las características principales de la mente inconsciente. (14)

El inconsciente no tiene relación con la realidad, no conoce los principios de contradicción o de tiempo; la energía inconsciente esta libre. Es decir, el sujeto del inconsciente es una estructura simbólica, donde no pasa el tiempo, no evoluciona, no crece. De estas premisas se deduce que la estructura del inconsciente no es lo que creemos que es. Más bien, es una construcción psíquica del sujeto; por ello la explicación es una lógica para él y el psicoanálisis solamente nos va dando cortes de esta estructura: son acercamientos al fenómeno más ninguno de ellos nos da la totalidad.

En términos generales, es así como el psicoanálisis seguiría modificándose a lo largo de la vida de su creador, y posteriormente por sus seguidores.

En las últimas publicaciones de Freud se desliza un matiz casi pesimista, al conjeturar que en el futuro se atribuiría mucha más importancia al psicoanálisis como ciencia del inconsciente que como método terapéutico. (14)

No obstante, como bien sabemos, la técnica psicoanalítica dejó profundas bases que posteriormente se convertirían en fundamentales técnicas de tratamiento, enfocadas a la rehabilitación y adaptación del sujeto a su medio ambiente. De la técnica individual de tratamiento, se pasarán a estructurar otras formas de intervención, sobresaliendo de entre todas ellas, la psicoterapia grupal.

### 1.9. Psicoterapia de Grupo.

Desde el momento de su nacimiento el individuo pertenece a un grupo familiar, y recibe de él poderosas influencias a la vez que él mismo las modifica sustancialmente.

Esto es debido a que el individuo no es una parte o unidad más que se suma a las partes existentes, sino un factor que altera y es alterado de alguna manera por el conjunto, la totalidad y la estructura colectiva. Individuo y grupo forman un sistema que se interrelacionan mutuamente. Es por ello que, todo grupo por el hecho de serlo, ejerce determinadas influencias de tipo eminentemente emocional sobre la conducta de sus miembros, mismas que han sido empleadas en los grupos terapéuticos para el tratamiento de problemas emocionales.

Seidlinger, 1952 (ct. en Kandis, 1982) nos dice al respecto: "puesto que el individuo es un ser social, producto de fuerzas ambientales e intrapsíquicas así como de impulsos biológicos, el grupo parecería ser el marco natural para la experimentación y elaboración de sus conflictos intrapersonales e interpersonales". Dentro del grupo, la persona puede establecerse y comunicarse en una relación de uno a uno.

Como miembro del grupo, puede volver a experimentar una constelación familiar, ya sea ésta su familia nuclear o cualquier otro grupo o grupos. Conforme el individuo se comunica dentro del grupo, el terapeuta puede observar sus patrones de conducta y la medida en que están influidos por los estímulos variantes proporcionados por el grupo.

El proceso terapéutico casi siempre termina en la creación del tipo especial de relación llamado transferencia. Dentro del marco del grupo, las relaciones del paciente pueden darse no sólo con el terapeuta sino con otros miembros del grupo.

La existencia y las presiones de las otras relaciones del paciente fomentan e influyen constantemente cada relación.

Por éstas características el método de tratamiento de grupo es utilizado en hospitales psiquiátricos, gubernamentales y privados. El uso específico del método de grupo varía frecuentemente aún dentro del mismo marco, ya que depende de la intención y metas de la institución, de la capacidad del terapeuta y de los propios pacientes. Por esto se mencionará primeramente las características de los grupos en el tratamiento del alcoholismo, y después la relación entre la dinámica y psicoterapia de grupo para terminar con algunos fenómenos intrínsecos del grupo. A fin de tener un enfoque más completo de la terapia grupal y de los factores que la constituyen.

#### 1.10. LA TERAPIA DE GRUPO EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Dentro de las técnicas grupales para el tratamiento del alcoholismo, están el proceso de interacción del grupo, terapia de realidad, grupo de maratón, análisis transaccional, grupo experimental y psicodrama.

La psicoterapia de grupo ha sido la segunda técnica más comúnmente empleada para tratar el alcoholismo (el 78% de los programas reportarán usarla), siendo en A.A. el método más usado (Marañón, 1987).

La experiencia grupal es un medio importante que contribuye al cambio, además, el trabajo grupal ofrece a los alcohólicos un canal que les permite:

- 1.- Compartir experiencias e identificarse con otras personas que están viviendo problemas similares a los suyos.
- 2.- Entender sus propias actitudes frente al alcoholismo y las defensas que utiliza para no dejar de beber, por medio de la confrontación con las actitudes y defensas de los otros miembros del grupo.
- 3.- Aprender a comunicar necesidades y sentimientos más directamente.

Kudolf (ct. en Marañón, 1989) menciona que cada vez que se utiliza la psicoterapia de grupo para tratar el alcoholismo: "La experiencia que tiene el alcohólico de estar con otras personas con sufrimientos similares, parece ayudar al alcohólico a que acepte con más facilidad el tratamiento en el ambiente del grupo". Ello debido a que las interpretaciones que ofrecen los otros miembros hacen más fácil y menos aterrador el logro del insight".

Dreikurs (ct. en Marañón, 1989) en relación al uso de la terapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo, afirma que: "uno de los valores de la psicoterapia de grupo, es que facilita el proceso de lograr la percepción interior.

Ya que a los alcohólicos les es fácil racionalizar, y les es difícil reconocer sus propias metas y verdaderas intenciones en las situaciones terapéuticas individuales. Por ésto en las situaciones de grupo, el paciente puede captar con mayor facilidad la validez de las interpretaciones psicológicas, y las dificultades de los otros miembros del grupo, permitiéndoles reconocer lo obvio sobre ellos mismos".

Precisamente, una de las metas de la psicoterapia grupal, es el enfocamiento de la patología interpersonal que propicia el comportamiento mal adaptado. Siendo así, que la meta del confrontamiento grupal no consista tanto en que el paciente llegue admitir su padecimiento, sino en ayudarlo a entender qué le esta sucediendo a través de la comprensión de su conducta, promoviendo el crecimiento de su persona, y en caso de ser necesario sugerir un cambio. (35)

#### 1.11. PRINCIPIOS DE LA DINÁMICA DE GRUPOS, APLICADOS AL GRUPO TERAPEUTICO.

La aplicación de los principios de la dinámica de grupos al grupo terapéutico, así como a la posibilidad de evaluarlo y de su valor ya sea éste positivo o negativo en cuanto método terapéutico, son parte de una filosofía personal y científica propia. (Morton, 1994)

El punto de vista negativo sostiene dos aseveraciones: Los grupos no tienen existencia real. Son el producto de distorsiones conceptuales (llamadas con frecuencia "abstracciones"). De hecho los prejuicios sociales consisten precisamente en actuar como si los grupos y no los individuos fueran reales.

En segundo lugar, los grupos son "malos", porque fomentan la regresión, reducen al hombre a su más bajo común denominador y producen una "mentalidad de grupo".(39)

En contraste, el punto de vista positivo sostiene en primer lugar, que los grupos realmente existen. Su realidad se demuestra en el hecho de que a un individuo le importa el que se le acepte o rechace de un grupo. También sostiene que los grupos son "buenos" porque satisfacen necesidades profundas de afiliación, cariño, reconocimiento y autovaloración; estimulan en el individuo valores morales de altruismo, lealtad y sacrificio; representan un medio para lograr a través de interacciones cooperativas, metas inalcanzables mediante la sola iniciativa personal.(39)

El punto de vista positivo, también sostiene que los grupos existen dado que la mayoría de los individuos nacen dentro de un grupo específico. La integración del individuo puede ser aceptada o rechazada por dicho grupo. Su presencia puede provocar cambios profundos en la estructura del grupo y, en consecuencia en los sentimientos, las actitudes y en la conducta de algunos de sus miembros, ya sean de carácter positivo o negativo.(39)

Ahora bien, la relación entre la dinámica de grupos y la psicoterapia de grupo se explica por lo siguiente:

Los grupos movilizan fuerzas poderosas cuyos efectos tienen suma importancia para los individuos, Seashore, sostiene al respecto, que un grupo cohesivo brinda al individuo un apoyo afectivo en sus contactos con sus aspectos angustiantes de su medio, reduciendo así la ansiedad.

También explica que la pertenencia a un grupo ofrece satisfacciones directas y que la satisfacción de ser miembro de un grupo tiene un efecto reductor de ansiedad generalizado. (cit. en Morton, 1994)

Por ello, el conocimiento adecuado de la dinámica de grupos puede aportar la posibilidad de incrementar en forma deliberada las consecuencias deseables que pueden tener los grupos.

En relación, también, a la cohesión del grupo, Kissen (1994) considera que existe una preocupación sobre "la presión hacia la conformidad experimentada por los miembros de un grupo". (39)

Por lo mismo, considera que los individuos no deben conformarse ciegamente a las normas del grupo, y que cada miembro del grupo no necesita ser una copia idéntica de todos los demás, por ello al preguntarse por qué se conforman los individuos a los grupos, se debe considerar para contestar a ésta pregunta, las consecuencias del hecho de ser excluido de un grupo o el conflicto de la persona que no pertenezca a ningún grupo con normas y valores definidos. La psicología social sostiene, que las personas que no participan en forma afectiva en grupos con sistemas de valores fijos y afines, terminan destruyéndose (como en los casos de alcoholismo o de suicidio) o buscan integrarse a grupos que exigirán su conformidad. Ante esto, se afirma: que no es sorprendente que un gran número de individuos se sientan atraídos por movimientos de tipo grupal que les puedan ofrecer la pertenencia a un grupo, aunque ello exija el sometimiento a alguna autoridad y a un rígido sistema de creencias, descubriendo así la persona un medio para escapar de dolorosas perplejidades o de una situación "anómica". Por lo tanto, parece presentarse un dilema: el individuo necesita un apoyo social para sus valores y creencias; necesita ser aceptado como miembro de un

grupo que para él sea importante; el no mantener o conseguir semejante sentido de pertenencia a un grupo le produce ansiedad y desintegración de la personalidad. Pero, por otro lado, la pertenencia a un grupo y la participación en el mismo, tienden a costarle al individuo su propia individualidad.

Sin embargo, es irrefutable que si ha de recibir el apoyo de los demás y a su vez, proporcionarle el suyo, es preciso que él mismo y aquellos compartan algunos valores y creencias. El hecho de no regirse por dichos valores y creencias socava cualquier posibilidad de apoyo y aceptación por parte del grupo. Siendo así, que para evitar la desintegración completa de su personalidad, el individuo necesita "conformarse" por lo menos a una serie mínima de valores que requieren su participación en los grupos a los cuales pertenece.

Al respecto, Festinger (39) enumera la naturaleza de los procesos que generan conformidad en un grupo, de la siguiente manera:

a) tendencia por parte de cada miembro del grupo a modificar su propia opinión en conformidad con la de los demás miembros del grupo;

b) una propensión a modificar las opiniones ajenas, y c) una tendencia a volver a definir las fronteras del grupo, con el fin de excluir del mismo a quienes sustenten opiniones desviadas de la norma. En relación a esto, se establece que a mayor cohesión de un grupo, mayores presiones por sus miembros hacia la uniformidad, existiendo también una estrecha relación entre los intentos para hacer cambiar a los que se desvían y la tendencia a rechazarlos si fracasan sus esfuerzos. Es decir, la magnitud de las presiones hacia la uniformidad es proporcional a la cohesión del grupo.

## 1.12. LA EXPERIENCIA CURATIVA EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Yalom, (1986) establece que el cambio terapéutico es un proceso complejo que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas, a las que él denomina "factores curativos", mismos que divide en once categorías básicas, postulando también que dichos factores son interdependientes, es decir, que no se presentan ni funcionan de forma separada.

Los factores curativos que él considera, son los siguientes:

### 1.- Infundir esperanza

"Infundir y mantener la esperanza es crítico en todas las psicoterapias; la fe es un tipo de tratamiento y puede ser en sí terapéuticamente eficaz. La curación por la fe y el tratamiento por medio de placebos está ampliamente documentado." (56)

Por esto es importante reforzar constantemente la esperanza y la convicción de que la terapia grupal y la capacidad del terapeuta, pueden proporcionar un medio eficaz para el tratamiento del alcoholismo, siempre y cuando el paciente acepte dicho tratamiento.

### 2.- La universalidad

"Muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son únicos en sus desgracias, que sólo ellos tienen ciertos problemas, ideas, impulsos, y fantasías aterradoras o inaceptables, reflejándose en un sentimiento de singularidad que a menudo se ve vigorizado por un aislamiento social, debido a que con frecuencia los pacientes tienen dificultades interpersonales y carecen de validación consensual franca y sincera de una relación íntima." (56)

### 1.12. LA EXPERIENCIA CURATIVA EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Yalom, (1986) establece que el cambio terapéutico es un proceso complejo que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanas, a las que él denomina "factores curativos", mismos que divide en once categorías básicas, postulando también que dichos factores son interdependientes, es decir, que no se presentan ni funcionan de forma separada.

Los factores curativos que él considera, son los siguientes:

#### 1.- Infundir esperanza

"Infundir y mantener la esperanza es crítico en todas las psicoterapias; la fe es un tipo de tratamiento y puede ser en sí terapéuticamente eficaz. La curación por la fe y el tratamiento por medio de placebos está ampliamente documentado." (56)

Por esto es importante reforzar constantemente la esperanza y la convicción de que la terapia grupal y la capacidad del terapeuta, pueden proporcionar un medio eficaz para el tratamiento del alcoholismo, siempre y cuando el paciente acepte dicho tratamiento.

#### 2.- La universalidad

"Muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son únicos en sus desgracias, que sólo ellos tienen ciertos problemas, ideas, impulsos, y fantasías aterradoras o inaceptables, reflejándose en un sentimiento de singularidad que a menudo se ve vigorizado por un aislamiento social, debido a que con frecuencia los pacientes tienen dificultades interpersonales y carecen de validación consensual franca y sincera de una relación íntima." (56)

Al respecto, es importante remarcar que en la terapia de grupo a nivel psiquiátrico, desde las primeras etapas los pacientes pueden ver negado éste sentimiento de singularidad, porque en ellas perciben que no son los únicos, también sus compañeros han escuchado voces, han sufrido delirios de persecución, han sufrido lagunas mentales, agresiones, desprecios, etc. En relación a estas características, se menciona la posibilidad que tiene el terapeuta para relacionar estas similitudes, con el tiempo y promedio de ingesta alcohólica, y las consecuencias de la misma en la salud física y mental del paciente, pero, principalmente se debe poner énfasis en la evolución favorable de algunos alcohólicos, lo que puede constituir una poderosa fuente de motivación y de esperanza.

### 3.- Impartir información

"Se refiere a la instrucción didáctica sobre la salud mental, sobre las enfermedades mentales y la psicodinamia general que dan los terapeutas; y también los consejos, las sugerencias o la orientación directa sobre los problemas vitales que ofrecen los terapeutas o los otros miembros del grupo." (ss)

Cabe mencionar, que en los pacientes psiquiátricos: el temor y la angustia que surgen de la incertidumbre de la fuente, el significado y la gravedad de los síntomas psiquiátricos, pueden causar una disforia social, por lo que la introspección eficaz se vuelve mas difícil.

Por esto, la instrucción didáctica, al ofrecer una estructura y una explicación, tiene un valor intrínseco y merece un lugar en nuestros instrumentos terapéuticos. Por ello, es indispensable que en todo hospital psiquiátrico exista una terapia grupal exclusivamente para alcohólicos, porque los

síntomas y etiología de su enfermedad es muy distinta a otros padecimientos psiquiátricos. Por ejemplo si reunimos en un grupo tanto a esquizofrénicos, como alcohólicos o farmacodependientes, existe la posibilidad de llegar a confundir los procedimientos en lugar de orientarlos sobre su padecimiento.

#### 4.- El altruismo

"La mejor manera de ayudar a un hombre es permitirle que nos ayude, la gente necesita sentirse necesaria." (56)

El beneficio que aporta el acto altruista en este tipo de pacientes, es que les permite una forma de autorrealización, porque les brinda un sentimiento de utilidad y de significación, además, de que el terapeuta puede aprovechar esta información para confrontarlos con su personalidad, con su padecimiento, y el significado de éste para el paciente.

#### 5.- La recapitulación correctiva del grupo familiar primario

"Los miembros del grupo tarde o temprano, interactuarán con los terapeutas y con los demás miembros del grupo como antes interactuaron con los miembros de su familia." (56)

La importancia de esto, no implica que los primeros conflictos familiares sean recapitulados, sino que se resuelvan correctivamente en ese preciso momento. El aquí y el ahora es fundamental para ubicar al paciente con la situación presente (estoy en un hospital psiquiátrico por mi forma de beber alcohol).

#### 6.- Desarrollo de las técnicas de socialización

"El aprendizaje social, el desarrollo de las capacidades sociales básicas, es un factor curativo que opera en todos los

grupos de terapia, aunque el tipo de capacidades que se enseña y lo explícito del proceso varía según la terapia y el grupo." (ss)

Sullivan sostiene al respecto, que la personalidad es casi por entero un producto de la interacción con otros seres humanos significativos. Postula que existe una necesidad humana de estar íntimamente relacionado con otros y es tan básica como cualquier otra necesidad biológica. Al utilizar el término "distorsión paratáctica", describe la proclividad del individuo a distorsionar su percepción de otros.

Esto ocurre en una situación interpersonal cuando alguien se relaciona con otras personas, basándose no en los atributos reales de la otra persona, sino total o parcialmente en una personificación que existe en su fantasía. Según el mismo autor, las distorsiones paratácticas básicamente pueden modificarse mediante la "validación consensual", comparando las propias evaluaciones interpersonales con la de los otros. Afirmando que: "el individuo logra la salud mental en la medida en que tiene conciencia de sus relaciones interpersonales."

#### 7.- La experiencia emocional correctiva.

"El paciente debe tener una experiencia emocional correctiva apropiada, para reparar la influencia traumática de las experiencias previas de este tipo. Al mismo tiempo de reconocer lo inadecuado de sus relaciones interpersonales, constatándolas con la realidad." (ss)

De lo anterior, se deduce, que debemos sentir nuestras emociones, pero también debemos, por medio de nuestra facultad de razonar, comprender las implicaciones de esta experiencia emocional.

Aquí el terapeuta de grupo, debe estar alerta porque el paciente alcohólico tiende a racionalizar y justificar su padecimiento con mucha facilidad.

#### 8.- El grupo como microcosmos social

"Un grupo libremente interactivo, con pocas restricciones estructuradas, con el tiempo se transformará en un microcosmos social, donde los miembros participantes empezarán a mostrar su conducta interpersonal inadecuada." (56)

Es decir, no necesitan describir su patología: tarde o temprano la expondrán ante el grupo. Por ello, el terapeuta debe marcar claramente las reglas del grupo, ya que ello le permitirá un mayor control.

#### 9.- La cohesión del grupo

"La atracción que ejerce el grupo no se espera que sea un factor curativo, sino una condición previa necesaria para la eficiencia de la terapia. La calidad de la relación de un miembro con otro, es un determinante básico del cambio del individuo en la experiencia del grupo." (56)

#### 10.- La catarsis

"La expresión franca del afecto, sin duda es vital para el proceso terapéutico del grupo; si no existe esto, un grupo degenera en un ejercicio estéril." (56)

Sin embargo, se observa que una fuerte expresión emocional no basta para producir cambios terapéuticos. Para lograr estos cambios se requiere además, de la emoción, un entendimiento y aceptación del padecimiento.

## 11.- Factores existenciales

"El enfoque terapéutico existencial, pone énfasis en la elección, la libertad, la responsabilidad y el significado de la vida. Esta teoría busca que el paciente comprenda que existen límites para la orientación y el apoyo que puede recibir de otros, y que la responsabilidad última de la conducta de su vida es sólo suya. Se busca también que aprenda que, aunque pueda relacionarse con otros, hay un punto después del cual nadie puede acompañarlo: hay una soledad básica en la existencia que debe enfrentarse ya que no puede evitarse." (56)

Es sustancial que la elección y la libertad invariablemente implican soledad, y como Fromm señala: "La tiranía nos causa menos terror que la libertad". ¿Será por esto que la mayoría de la gente busca pautas de comportamiento ya elaboradas y postuladas como es la religión, el ejemplo de los padres, o la burocracia institucional?. Tal vez esto determine gran parte de nuestra existencia, ya que renunciamos a ser los arquitectos de nuestra propia existencia.

Si bien estos once factores, señalan la posibilidad de algún tipo de mejoramiento, también es cierto que todo ello va a depender del tipo de respuesta que pueda generarse en un grupo terapéutico.

### 1.13. POSIBLES EFECTOS Y RESPUESTAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO.

#### Homeostasis:

Casi todas las respuestas del grupo representan un intento de mantener la homeostasis grupal. Lo que mantiene la angustia de los miembros a un nivel tolerable, y un equilibrio ante cualquier perturbación.

Sin embargo, las necesidades del individuo pueden no ser satisfechas por la homeostasis del grupo. Cada miembro constantemente trata de conducir al grupo a su propia dirección debido a sus propias necesidades. Este conflicto debe ser resuelto por el bien del grupo, y al terapeuta le corresponde modificar el clima grupal. (Kendler, 1982)

#### La transferencia múltiple:

Es el proceso por el cual cada paciente reacciona transferencialmente, ante las diferentes características provocadoras de las múltiples personalidades en el grupo. La diversidad de personalidades en un grupo permiten que cada paciente reaccione a una amplia variedad de estímulos transferenciales. El terapeuta es responsable de cuidar que el paciente adquiera conciencia de sus relaciones transferenciales, en una forma relativamente gradual, para evitar que sobrevenga una inesperada reacción de los mecanismos de defensa del paciente que puedan retrasar el proceso terapéutico. (31)

#### Asociaciones reactivas:

La asociación reactiva se refiere a las reacciones y asociaciones grupales provocadas por un estado de ánimo, acción física o por las verbalizaciones de uno o más miembros que llegan a afectar a todo el grupo por unos instantes. (31)

#### Mecanismos de defensa:

Los pacientes en un grupo tienden a resistirse a cualquier cambio que implique una modificación en su forma usual de hacer las cosas, y los mecanismos de defensa representan los procedimientos de seguridad que emplean, para evitar ser conscientes de la necesidad de cambiar o para apartarse de la angustia.

La psicoterapia de grupo sólo puede ocurrir en la medida en que los pacientes empleen sus mecanismos de defensa y gradualmente se hagan conscientes de ellos. (31)

"Acting out":

Se refiere a una conducta compulsiva y repetitiva, que suele desprenderse de la transferencia y de los impulsos que llegan a ser removidos durante el tratamiento (seducción, romanticismo). El "acting out" es una respuesta grupal importante porque esta dirigida muy a menudo contra el grupo, ya sea para mantener su homeostasis o romperla, y le corresponde al terapeuta identificar el sentido de éstas conductas para establecer el mejor manejo de las conductas en el grupo. (31)

Subgrupos:

Los subgrupos se pueden formar, por favoritismos relacionados con las simpatías y antipatías transferenciales, o debido a una necesidad basada en la transferencia ya sea para apoyar a algo o a alguien. (31)

Fragmentación del grupo:

El hecho de que los miembros se perciban a sí mismos como una serie de individuos, en vez de sentirse como un grupo, puede llevar a una desasociación en el clima del grupo, produciéndose retraimientos, aislamiento o ambos. Cuando se dá esto, es porque el paciente siente que el grupo no responde a sus necesidades. (31)

Ataques al terapeuta:

Los ataques al terapeuta, proporcionan oportunidades para el examen de la razón de los ataques y su significado en un momento dado. (31)

Reacción ante el ingreso de un miembro nuevo:

Puede ser diferencial, pues los diferentes miembros reaccionarán de manera individual, ya que sus respuestas dependerán de su propia situación emocional. (31)

Tales tipos de respuestas que señala Kendiz (1982), son ejemplos comunes de la terapia grupal, sin embargo, es preciso considerar que pueden aparecer otro tipo de fenómenos circunstanciales, como aquellos derivados de los efectos contratransferenciales del terapeuta, que pueden llegar a entorpecer la cohesión y las respuestas positivas del grupo.

Por otra parte y como conclusión a este primer capítulo, cabe subrayar que si bien los conceptos antes señalados no abarcan en extensión todo lo profundo que cada tema nos ofrece, en lo personal, considero que ésto me permite de manera sintética, aproximarme al objetivo de esta investigación al valorar y sopesar de formar global, las variables más importantes que se manejarán a lo largo de la misma y que además, intervienen en el fenómeno del alcoholismo y en sus diferentes alternativas terapéuticas. Por lo que a continuación, siendo más específico, se comenzarán por revisar las condiciones etiológicas y psicológicas del alcoholismo.

## CAPITULO II

### CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO

En la actualidad aún no se a podido definir lo que pudiera denominarse una personalidad alcohólica, sin embargo, si se han encontrado rasgos de personalidad predominantes en el sujeto alcohólico. Por lo que a continuación, se expone un marco referencial de aquellos aspectos que prevalecen en la personalidad del alcohólico.

#### 2.1. DIVERSAS TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO.

Diversas teorías han realizado análisis de la personalidad del alcohólico, que intentan explicar los rasgos predominantes de su personalidad. Sustentándose que el individuo alcohólico tiene una "personalidad afectiva deformada". Entendiéndose por personalidad afectiva, todo aquéllo que esta constituido por las emociones, los impulsos amorosos y agresivos, los sentimientos, las tendencias a la valorización propia, a la seguridad y todo el registro de la sexualidad y de las necesidades primitivas, como el comer y beber, bajo el enfoque del placer o displacer. (17)

Por lo mismo, se conjetura que todas las etapas de la vida afectiva en la crianza del niño, están cargadas de consecuencias para la evolución posterior de su personalidad.

Por ejemplo, la sobreprotección prolongada o falta grave de afecto en etapas tempranas, pueden traer consecuencias en la personalidad del futuro adulto. Ante esto se supone que el alcohólico, durante su desarrollo, ha tenido fijaciones en ciertas etapas afectivas, por lo que al crecer aún se encuentra dentro de esas etapas. Ello propicia una personalidad de tipo narcisista que es incapaz de resistir las exigencias del mundo exterior. Se argumenta, que el alcohólico construye psíquicamente su desamparo ante las exigencias de la realidad, sintiéndose impotente para enfrentar adecuadamente las complejidades de la vida familiar, conyugal o de otro tipo, lo que propicia que el alcohólico busque una compensación en el alcohol, para obtener gratificaciones prohibidas, o de llevar a efecto hostilidades reprimidas, o de anular inhibiciones y ansiedades. Considerándose, por otro lado, que en los enfermos alcohólicos se encuentra siempre en la mayoría de los casos un patrón de conducta de tipo narcisista y agresivo, existe también un sentimiento de culpa a causa del odio, así como un sentimiento de inferioridad derivado de su pasividad y dependencia. Por lo que se puede decir, que el alcohólico esta centrado en sí mismo, preocupado por él, su imagen y su autoconcepto, sumido en un pensamiento morboso y regresivo. (17)

Esto lleva a resumir, que el alcohólico busque a través de una ingestión excesiva de alcohol, protegerse de sentimientos autodenigrantes, a la vez que le permite experimentar sentimientos de mayor poder.

Algunos autores inciden, en que el enfermo alcohólico presenta una ansiedad alta, esperando que los demás decidan por ellos o les resuelvan sus problemas. Aparte de tener problemas psicosexuales por fallas en la identificación sexual o tendencias

homosexuales reprimidas, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas. Agregando que la mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, de autodevaluación y minusvalía, siendo altamente culpígenos y ambivalentes. (7,8,9,17)

Asimismo, la falta o "déficit" de autoestima aunada a sentimientos de minusvalía e inadaptación, que por lo regular son negados y reprimidos, conducen a una necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados (necesidad de dependencia), y como éstas necesidades de dependencia no pueden ser satisfechas del todo en la realidad, les provoca angustia y necesidades compensadoras de control, de poder y de logro.

Lo anterior se explica, argumentando que el alcohol mitiga la ansiedad y lo que es más importante, crea sentimientos inducidos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Más sin embargo, cuando el alcohólico despierta después de un episodio de ingesta de alcohol, experimenta culpa y desesperación porque no ha logrado más que antes de beber y sus problemas permanecen igual. Por lo tanto, sus sentimientos de minusvalía se intensifican y el conflicto continua en un círculo vicioso. (8,19,35)

## 2.2. ALGUNOS OTROS ESTUDIOS SOBRE LA PERSONALIDAD DEL ALCOHÓLICO.

En cuanto a estudios realizados sobre la personalidad del alcohólico, se encuentran los siguientes datos:

Torres (1981), agrupa entre los rasgos del alcohólico: la inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidades, incapacidad para resolver dificultades, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad excesiva.

Lammoglia (1987), describe el cuadro clínico de la personalidad alcohólica en base a 17 síntomas:

1.- INMADUREZ EMOCIONAL: Indica que el individuo alcohólico podrá presentar un crecimiento físico e intelectual normal, pero es probable que tenga dificultades en el desarrollo emocional, lo que le da un carácter infantilóide y lo incapacita para gobernar adecuadamente sus emociones.

2.- TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIAS EMOCIONALES: El enfermo alcohólico dependerá siempre de alguien o de algo, presentando una necesidad imperiosa de ser protegido o cuidado, además de requerir que alguien tome decisiones que a él le corresponden; su responsabilidad es casi nula y la difiere por naturaleza hacia otros, por lo que posteriormente se justifica y culpa a los demás de todo lo que le acontece.

3.- EGOCENTRISMO: El ego débil del enfermo alcohólico y su enorme necesidad de gratificación a corto plazo, tiene como consecuencia una incapacidad para tomar en consideración las consecuencias "aposteriori" de sus conductas.

4.- INCAPACIDAD PARA AMAR: La inestabilidad afectiva junto con la incapacidad neurótica de querer y la angustiada necesidad de ser querido, propicia en el enfermo alcohólico una creencia falsa, en donde considera al amor como un sedante o paliativo de su angustia, sobrevalorando su importancia en la vida de relación.

5.- HOMOSEXUALIDAD LATENTE: Se ha encontrado que los alcohólicos tienen problemas con su identificación sexual. Los historiales de los alcohólicos muestran una alta promiscuidad

física, así como componentes emocionales disminuidos y una inhibición sexual con el sexo opuesto, por lo que esto muy bien puede propiciar cuadros bisexuales frecuentes.

6.- LABILIDAD AFECTIVA: La fragilidad o la nula capacidad del enfermo alcohólico para gobernar sus emociones e integrarlas correctamente en sus patrones de conducta, propicia que no pueda regular las emociones que le genera su propia mente. El alcohólico, se siente constantemente bombardeado por sensaciones internas y externas, por lo que está propenso a sentir una constante inconformidad subjetiva, que lo lleva a sentirse vulnerable ante el medio y a reaccionar con violencia compensatoria y desproporcionada ante estímulos muy precarios del exterior o ante pensamientos o sensaciones que genera su mente.

7.- CONDUCTA IMPULSIVA: Se refiere a la deficiencia en la modulación de la intensidad de los estímulos y sobre todo a la falta de control de la conducta. Esto se refleja en las actitudes y conductas cambiantes del enfermo y a la falta de perseverancia para la consecución de sus logros.

8.- ANGSTIA PATOLOGICA O EXISTENCIAL: El alcohólico es un ser extremadamente vulnerable a sus emociones, y en él la angustia es un rasgo predominante.

9.- SOLEDAD EXISTENCIAL. Al alcohólico se le ubica, por lo regular, en una angustiada soledad, existiendo en él una necesidad constante de estar en compañía de los seres que dice querer o de amigos que le sirven de compañía, en la cual no se involucran sentimientos emotivos verdaderos, en comparación con los característicos de una amistad adulta, madura y real.

10.- MITOMANÍA Y MUNDO FANTÁSTICO: El estado de ánimo del alcohólico es extremadamente variable, predominando la fantasía y la falsificación de la realidad.

11.- TENDENCIA A LA MANIPULACIÓN: Existe en el alcohólico cierta incapacidad para aceptar la realidad de su estado emocional, lo cual intenta manejar de la misma manera que su mente lo maneja a él, es decir, a través del autoengaño y la autosuficiencia, lo que lo lleva a engañar, a disimular, y a fingir actitudes. Mostrándose como un verdadero "histrión" para conseguir sus fines primordiales.

12.- INCAPACIDAD PARA INTEGRARSE A LOS GRUPOS HUMANOS: La falta de aceptación que desde niño sufre el individuo con personalidad alcohólica, se debe tanto a su manera distorsionada y desproporcionada de concientizar sus defectos de carácter, como a los constantes juicios o críticas de que es víctima, ya sea de sus familiares, de sus compañeros de escuela o conocidos. Esto hace que se vuelvan desconfiados y se refleje en una incapacidad para fomentar la aceptación de los demás. Por lo común, el alcohólico se siente incomprendido, menospreciado o subvaluado en relación a los demás. Vive culpando a otras personas, sin reparar que son sus defectos de carácter o su sensación de malestar lo que propicia sus fracasos e inconformidades.

13.- INCAPACIDAD PARA ASIMILAR LAS EXPERIENCIAS: Es predominante encontrar cierta incapacidad para asimilar las experiencias emocionales, lo que provoca, una perturbación en la vivencia del tiempo, que impide que las experiencias anteriores tengan repercusión en el pensamiento y dirección de la conducta del alcohólico.

14.- INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA FRUSTRACIÓN: La fragilidad emocional junto con la poca o nula tolerancia a la frustración y su respuesta impulsiva y violenta a la misma, forman parte de esta incapacidad. Los alcohólicos necesitan gratificaciones a corto plazo, siendo incapaces de tomar en consideración recompensas diferidas a largo plazo.

15.- INCAPACIDAD PARA TOLERAR EL SUFRIMIENTO: La constitución emocional del alcohólico junto con su personalidad narcisista, les hace imposible modular sus respuestas ante estímulos afectivos y displacenteros

16.- VIVIR SUFRIENDO Y SUFRIR VIVIENDO: En el alcohólico no hay una alegría de vivir, por lo que no está nunca contento y conforme consigo mismo.

17.- TENDENCIA A LA EVASIÓN (fuga): El alcohólico busca las más precoces o prematuras formas de evasión, encontrando en la fantasía o en la imaginación una alternativa. Hace lo que sea con tal de no sentirse como se siente y de no aceptar lo que es. Este desasosiego, esta inaceptación y su necesaria compensación, lo van llevando lenta pero implacablemente hasta lo único donde encuentra un paliativo temporal, un anestésico para esas sensaciones: el alcohol.

Este enfoque etiológico, nos lleva a una premisa fundamental: "Un individuo que vive un conflicto psicológico, se convertirá en alcohólico, si existe una predisposición genética al alcoholismo y si vive en una sociedad en la cual el uso del alcohol es reforzado como una forma de sentirse mejor". Por lo que a continuación, tal premisa se analizará bajo una orientación psicodinámica con el fin de aproximarnos a un entendimiento más completo de la dinámica psíquica del sujeto alcohólico.

### 2.3. UN PUNTO DE VISTA SOBRE LA PSICODINAMÍA DEL ALCOHOLISMO.

En los fundamentos del campo Freudiano, se considera, que cuando se trata de comprender al alcoholismo u otra toxicomanía se encuentra uno ante una idea extraña de tipo "hedonista" (doctrina moral que considera el placer como único fin de la vida), cuando existe un deseo excesivo de obtener placer. En consecuencia Jacques-A. Miller (30), establece que: "la experiencia alcohólica, justifica que se introduzca el término "goce" para calificar lo que en éste caso se sitúa mas allá del placer, lo que no esta ligado a la moderación de la satisfacción, sino por el contrario a un exceso, a una exacerbación de la situación que confluye con la pulsión de muerte." (30)

Para entender el argumento anterior, es necesario describir el funcionamiento del aparato psíquico para situar el por qué se habla en última instancia de la pulsión de muerte y el goce, y así elucidar la dinámica psíquica en las toxicomanías y el alcoholismo.

Freud en diferentes escritos respecto a la dinámica psíquica, ha manejado conceptos referentes a energías psíquicas que han hecho asequible obtener un esclarecimiento de diferentes perturbaciones y desorganizaciones de la psique humana.

En su libro: "Introducción al narcisismo" (1922), menciona lo siguiente: "En definitiva concluimos, respecto de las diferencias de las energías psíquicas, que al comienzo están juntas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones voicas" (19).

La separación de la libido en una que es propia del yo y una endosada a los objetos, es la insoslayable prolongación de un primer supuesto que dividió pulsiones sexuales y pulsiones yoicas. Ambas se nos presentan como unas designaciones de fuentes de energía del individuo, producto de la diferenciación de la energía que actúa en toda la psique.

En relación a esto, Freud describía a nuestro aparato anímico como un medio que ha recibido el encargo de dominar excitaciones que en un caso contrario provocarían sensaciones penosas o efectos patógenos. La elaboración psíquica presta un extraordinario servicio al desvío interno de excitaciones, no susceptibles de descarga directa al exterior, o bien cuya descarga directa sería indeseable por el momento.

En otras palabras, nuestro aparato anímico tiene como cometido velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista, y la liberación de los estímulos que le llegan, es decir, es un aparato que de ser posible, querría conservarse exento de todo estímulo que pudiera perturbarlo. (18,19,20,21,22)

Freud en la 26ª conferencia intitulada "La teoría de la libido y el narcisismo", cuestiona: ¿Por qué un extasis de la libido en el interior del yo se sentiría displacentera?. Ante esto se respondía que el displacer en general, es la expresión de un aumento de la tensión y que por lo tanto, aquí como en otras partes, una cantidad de acontecer material es la que se traspone en la cualidad psíquica de displacer. Aquí lo decisivo para el desarrollo del displacer no sería la magnitud absoluta de ese proceso material, sino más bien, una cierta función de magnitud absoluta. (20)

Resumiendo, Sigmund Freud, habla de una instancia psíquica particular cuyo cometido es velar por el aseguramiento de una satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo. La fuente principal de este razonamiento, establece que las energías psíquicas, al comienzo están juntas en el estado del narcisismo, sin embargo, para poder explicarlas, Freud uso los conceptos de pulsiones yóicas o de autoconservación y el de pulsiones sexuales. (18,19,20,21,22)

Ahora bien, cuando se describe el funcionamiento del aparato psíquico, el cual tiene el encargo de dominar excitaciones que pueden provocar displacer o sensaciones penosas, se infiere que un éxtasis de la libido en el interior del yo, sería displacentera y que el displacer en general es la expresión de un aumento de tensión donde el desarrollo del displacer no sería el tamaño o cantidad absoluta de ese proceso material psíquico, sino más bien, una cierta actividad constante en continuo fluir de la libido que requiere un desahogo o satisfacción. De ello se deduce que cualquier excitación que provoque displacer, o una forma de malestar producirá una reacción del sistema nervioso encaminada a suprimir el malestar a toda costa, aún a costa de la vida del sujeto. Esta reacción de descarga de un éxtasis de la libido es constante dado que la libido, funciona como una energía constante en continuo fluir que no se puede suprimir, que no se puede eliminar sino solamente desahogar mediante diversos mecanismos de sublimación, sea mediante la forma de una creación, conocimiento o arte; mediante la forma de una perversión; mediante la ingestión de sustancias que alteran el funcionamiento del sistema nervioso, o en última instancia bajo la forma de una idea delirante.

En relación a las sustancias que alteran el funcionamiento del sistema nervioso y que producen a la vez sensaciones directamente placenteras, (Dado que alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir emociones de displacer), se establece, que no sólo se deben a la ganancia inmediata del placer sino una causa de independencia, ardientemente anhelada respecto del mundo exterior. Aquí la satisfacción equivale a un "goce" de la experiencia que se experimenta en el desahogo momentáneo de la libido pulsional, ya que como se ha mencionado, la energía pulsional no se suprime, no se elimina, solamente se desahoga mediante diversos mecanismos de sublimación. (21)

Con el paso del tiempo, Freud, en diversos ensayos postula a la pulsión de muerte como una forma de autodestructividad bastante emparentada con todo aquello que ocurría en su época, concluyendo que no hay felicidad sino satisfacción, y que el sentido de la vida, piedra angular de reflexiones seculares de religiosos y filósofos, encuentra su consistencia en la evitación del sufrimiento, más que en la búsqueda del placer. Continúa diciendo, que "La vida como nos es impuesta resulta gravosa: nos acarrea dolores, desengaños, tareas insolubles, y para soportarla no podemos prescindir de calmantes". (22)

Tales argumentos, nos llevan a situar la existencia de tres tipos de calmantes: a) poderosas distracciones que nos hagan evaluar un poco nuestra miseria; b) satisfacciones sustitutivas que las reduzcan y c) sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas."(22)

En ese tercer punto tal vez podamos ubicar a los narcóticos como uno de los medios que utilizamos los humanos para apalear la falta de felicidad.

Por ello, el encuentro con la droga se sitúa, en el lugar de la falta de referente fijo para la pulsión: allí donde hay un vacío (privación) surge la droga posibilitando que el sujeto evite volver a confrontarse con la castración y deba dar pruebas de un goce sexual señalado por una imposibilidad.

En relación a su práctica, podríamos decir que se trata de producir una supresión del malestar, de suprimir el sufrimiento no importando los medios que se utilicen. (30). Esto es común en los alcohólicos crónicos donde puede estar demostrado un daño orgánico, ataques epilépticos, y disfunciones sociales a todos los niveles, más sin embargo ellos siguen ingiriendo alcohol.

Asimismo, Freud inscribe las adicciones como una satisfacción sin obstáculos, que además, presenta una satisfacción que no se agota, indicando que: "el hábito estrecha cada vez más el lazo entre el hombre y el vino que bebe, arquetipo de un matrimonio dichoso". (22)

Considerando, a la vez, que la adicción a cualquier sustancia sería una formación que rompe con la transacción en beneficio de la satisfacción pulsional o goce.

En esto, la posición del sujeto en el alcoholismo o cualquier otra adicción, es la de gozar sin importar cuál pueda ser el objeto, sin estar condicionado por la modalidad del fantasma que reporta para cada uno, un objeto de goce preciso o diferente a otros. En relación a esto J. A Miller (30), contrasta el goce homosexual, el goce masturbatorio y el goce ligado a la droga. Establece que en el goce homosexual, el goce pasa por el otro, pero que el otro debe ser él mismo, ya que se exige que el cuerpo del otro tenga un rasgo particular, detectar el órgano y denegar con ello la castración.

En la masturbación existe el otro en la fantasía. A diferencia de ellos, el goce toxicómano no pasa por el otro ni por el goce fálico. Más bien le servirá al sujeto como un recurso para tapar u obstruir la problemática que implica su propia sexualidad.

El mismo Miller, concluye la especificidad del goce alcohólico cuando nos dice que se trata de un goce cínico, que rechaza al otro, que rehúsa que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el goce del cuerpo del otro. (30)

Articular la cuestión del goce del sujeto alcohólico, en base a las relaciones significantes implicadas, más que una explicación general es una forma que nos permite entender la dinámica psíquica del sujeto alcohólico o farmacodependiente, lo cual es sustancial para cualquier profesional que trate estas adicciones.

Como corolario a este segundo capítulo, se puede decir, que tratar el tema de la etiología del alcoholismo, nos lleva invariablemente a considerar las alteraciones psiquiátricas más frecuentes, no sólo por el significado que éste adquiere dentro del marco de la salud mental, sino también por ser una área poco conocida por la población en general y porque encontramos, desgraciadamente, una constante aversión y estigmatización alrededor de las personas que ingresan a un Hospital Psiquiátrico.

## CAPÍTULO III

### CONSUMO DE ALCOHOL Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA

#### 3.1. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LA INGESTA DE ALCOHOL.

En México se han realizado estudios, por ejemplo, de prevalencia de bebedores excesivos, de los derivados de problemas sociales, económicos, psicológicos y fisiológicos relacionados con la ingesta de alcohol, tanto en la práctica médica, como en la población estudiantil, en los centros de trabajo o en la población abierta. La información recabada en éstos estudios, han permitido conocer los problemas asociados con el consumo de alcohol en el país. En 1987, De la Fuente y Medina realizaron un estudio sobre las adicciones en México, donde señalan la magnitud y algunas de las características de los problemas relacionados con el abuso en la ingesta de alcohol, argumentando que: " Los patrones de consumo típicos de la población mexicana, son episódicos, pero se ingieren grandes cantidades de alcohol en cada ocasión. Este típico patrón de la ingesta de alcohol se asocia con un alto grado de problemas, en donde la participación del alcohol en actos violentos, muestra una relación directa con el grado de violencia involucrada: en 1983, el 15.8% de los accidentes de tránsito, ocurrieron cuando los conductores se encontraban en estado de ebriedad.

En 1985, el 22% de los pacientes atendidos en los hospitales de urgencia de la ciudad de México, presentaban niveles positivos de alcohol en la sangre.

En 1987, la participación del alcohol en delitos del fuero común y federal, fue del 23%. En el mismo año, el 38% de los casos de suicidio registrados por el servicio médico forense en el D.F., se encontró un nivel de alcohol en sangre superior a 10 mg. por cada 100 ml. Finalmente, el 49 % de los homicidas recluidos en la penitenciarias del D.F. habían ingerido bebidas alcohólicas antes de cometer el crimen." (24)

En cuanto a las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, Díaz, M.R. y Cols. (1992) señalan lo siguiente: "la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres es grande; alrededor del 80% de los hombres beben alcohol, mientras que en las mujeres solo el 45% lo hacen. De los varones del 10 al 20% tienen problemas por el consumo de alcohol y de las mujeres sólo de 3 al 5%" (9)

Estos son algunos datos tangenciales, en lo que respecta a ciertos indicios, en donde también se ha observado que una población de la que se conoce poco en cuanto al consumo de alcohol y sus consecuencias derivadas de ello, es la población psiquiátrica.

Es de llamar la atención que ésta población haya sido descuidada, a pesar de que las investigaciones llevadas a cabo señalan que la población que sufre de alteraciones psiquiátricas, es más propensa a desarrollar problemas con el alcohol de manera inherente a su condición y al efecto para desarrollar problemas asociados. (5,9,23,25,34). Las investigaciones también señalan, que en otros países se ha encontrado que en la población psiquiátrica, el consumo de alcohol es significativamente mayor respecto a las poblaciones médicas o quirúrgicas, así como en la población en general.

En una exploración científica sobre el consumo de alcohol de una población psiquiátrica, llevada a cabo por la división de investigaciones epidemiológicas y sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría (9), se fundamentó que las investigaciones que estudian la co-morbilidad (padecimientos que se están presentando) entre el consumo de alcohol y la enfermedad mental, se pueden dividir en dos grandes grupos:

1) Estudios que investigan el consumo de alcohol en pacientes psiquiátricos, donde se observarán a l g u n a s características de esta asociación (consumo de alcohol-enfermedad mental). Señalándose que: "existen grandes discrepancias en la prevalencia de esta asociación, con índices que oscilan desde el 25% en algunos casos, hasta 94% en otros"(9).

Estas diferencias pueden ser explicadas por las diversas definiciones y la operacionalización de los conceptos que usan los investigadores, así como a las diferentes formas de medir y clasificar los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la población psiquiátrica, y

2) Los estudios que investigan los principales padecimientos psiquiátricos asociados con algún problema en la ingesta de alcohol, incluyeron a pacientes con problemas severos de alcohol, y muestran que existen algunos trastornos mentales que suelen observarse con mayor frecuencia en asociación a estos problemas, por ejemplo, en hombres se asocia con sintomatología depresiva, personalidad antisocial, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y esquizofrenia; y en las mujeres las fobias y la depresión estuvieron más asociados al abuso de alcohol (3,5,9).

De acuerdo a otros estudios, los datos muestran un alto grado de relación de trastornos psiquiátricos y consumo de alcohol, pero muchas veces pasa inadvertida, como lo señala Campillo y Díaz (1988): "Los casos de alcoholismo que se logran identificar, están enmascarados casi siempre por una sintomatología psiquiátrica y se trata de casos bastantes graves". Además, se señala que una población con alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol, es la de los enfermos con alteraciones de tipo psiquiátrico (5).

Lo anterior también se suma a estudios de prevalencia de diagnóstico, donde se han estudiado los patrones de consumo de alcohol, al igual que los diagnósticos de abuso y dependencia en comparación a los diagnósticos psiquiátricos. Por ejemplo, en un estudio se tomó una muestra de 100 pacientes (52 hombres y 48 mujeres) de la sala de psiquiatría de un hospital general. Donde el diagnóstico psiquiátrico se obtuvo a través de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS), y los patrones del consumo de alcohol y los problemas relacionados, por medio de la entrevista Compuesta por la OMS. Los resultados mostrarán que el 24 % de los hombres y el 17 % de las mujeres reportaron niveles excesivos en el consumo de alcohol; mientras que el 42 % de los hombres y el 11 % de las mujeres presentaron diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los diagnósticos psiquiátricos y los patrones de consumo de alcohol. Esto permite establecer que la magnitud de los problemas relacionados al consumo de alcohol, aún considerado no excesivo para otro tipo de población, al consumirse a estos mismos niveles por sujetos con algún trastorno mental, puede ocasionar una importante gama de problemas asociados." (6)

Asimismo, Campillo, S.C; Díaz, M. y Romero, P.P. (1988) realizaron un estudio de tipo epidemiológico, sobre la preevalencia de los problemas de alcoholismo a los que se enfrenta el médico general en México, llevado a cabo en un centro de salud, en una unidad médica familiar del IMSS y en un hospital general. Encontrándose que en la mayoría de los casos, solamente se consideró el diagnóstico primario y se ignoraba el segundo que era de alcoholismo. Por ejemplo, si una persona sufría de un síndrome depresivo y además estaba abusando de alcohol, se registraba con el primer diagnóstico y el segundo se ignoraba. "Tal forma de registrar y diagnosticar contribuyó de manera importante en la omisión de casos con problemas de alcoholismo, ya que en éstos individuos tales problemas son frecuentes, pues una población que sufre de trastornos mentales se considera de alto riesgo." (5)

Con esta misma línea, Madrigal E. (1987) en un estudio llevado a cabo en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez," sobre los aspectos clínicos epidemiológicos en pacientes con trastorno mental y en relación con la ingesta de alcohol, reportó los siguientes datos: el total de pacientes ingresados de enero a abril de 1987, fue de 711, de los cuales 182 casos, el 25.6% fueron diagnosticados como alcohólicos. Es decir, que uno de cada cuatro pacientes que ingresó en el hospital en este período era alcohólico. También se encontró que el 53.7% de estos pacientes tenían un diagnóstico primario de alcoholismo como psicosis alcohólica, y delirium tremens, entre otros. Y el 47.3% tenía un diagnóstico de alcoholismo asociado a un trastorno mental de tipo psiquiátrico, como farmacodependencia, esquizofrenia, psicosis afectivas y trastornos neuróticos. (34)

Frankel y Lia (1991) por su parte, en un trabajo que se avoca al clima familiar en que viven los enfermos que pertenecen a sectores populares de escasos recursos y que padecen un trastorno psiquiátrico crónico, implementa la variable "ingesta de alcohol en el grupo familiar", como uno de los factores de mayor peso en el agravamiento de la enfermedad mental, encontrando que: "el consumo excesivo de alcohol, torna más vulnerable tanto al individuo, respecto a la enfermedad mental que padece, como al grupo familiar, en cuanto a su capacidad para contenerla". (23)

Mas adelante, Rodríguez, R.E y cols. (1993) en un trabajo sobre la descripción de los patrones de consumo de drogas en un grupo de pacientes psiquiátricos, les aplicaron a 57 pacientes, pertenecientes a un Hospital Psiquiátrico ubicado en la parte fronteriza de México, una célula llamada "informe individual sobre el consumo de drogas," el cual evalúa el consumo de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, obtuvieron entre otros datos una extrema variabilidad desplegada por cada sujeto en el consumo de drogas, lo que ilustraba la diversidad con la cual se combinan las drogas en ese tipo de poblaciones.

Asimismo, los pacientes en este mismo estudio reportaban que consumían en promedio, de 4 a 5 drogas de diferentes clases; lo que los catalogaba como pacientes poliusuarios de drogas. (44)

Los datos que proporcionan los estudios antes mencionados, permiten dilucidar que el consumo de alcohol en los pacientes psiquiátricos, debe de ser estudiado y de ser posible permitir la identificación de bebedores psiquiátricos en estadios tempranos de la adicción al alcohol, con la finalidad de aplicar medidas preventivas y/o terapéuticas adecuadas para esta

población, ya que se ha encontrado que las complicaciones tardías del alcoholismo, suelen acarrear problemas como: patología múltiple, un deterioro importante a nivel orgánico de las facultades físicas y mentales, en personas que la mayor parte de las veces provienen de familias disfuncionales, están desempleados y representan una verdadera carga social. (5.9.23.34)

Por otro lado, la gran diversidad de trastornos mentales que se asocian con el alcoholismo, requiere que todo profesional que trate con este tipo de problemas, conozca a fondo las alteraciones mentales que produce el alcohol. Lo cual permitirá identificar con mayor exactitud los casos de alcoholismo, precisar los diagnósticos correspondientes y establecer un mejor tratamiento y pronóstico para este tipo de pacientes. Por lo que a continuación, se exponen en forma breve las principales complicaciones psicológicas y orgánicas del alcoholismo.

### 3.2. PRINCIPALES CUADROS PSICOPATOLÓGICOS DERIVADOS POR ALCOHOLISMO CRÓNICO.

#### ALUCINOSIS ALCOHÓLICA

El término se aplica para denotar un estado prolongado de alucinaciones auditivas sin estado delirante patente. Tales alucinaciones pueden llegar al grado que el paciente busque suicidarse para terminar con las voces que lo atormentan gradualmente. También, puede llegar a agredir física y verbalmente a las personas de quienes alucina que intentan hacerle daño. (36.43)

En la clasificación del DSM-III (1980), se le otorga el código 291.30, y se le exigen los siguientes criterios diagnósticos:

- 1.- Desarrollo breve (habitualmente en 48 hrs) de una alucinosis con vivas alucinaciones auditivas, tras el abandono o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica.
- 2.- Respuestas apropiadas al contenido de las alucinaciones.
- 3.- Falta de obnubilación de la conciencia del delirium.
- 4.- Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

Es importante señalar, que las alucinaciones suelen adoptar la forma de voces, que generalmente le hablan al enfermo en tercera persona. La persistencia de las alucinaciones (semanas o meses) invocarán el diagnóstico diferencial de esquizofrenia. (1.43)

#### **CELOTIPIA ALCOHÓLICA O CELOPATIA**

El enfermo alcohólico sufre delirios o ideas fijas de que su cónyuge le es infiel, sobre todo cuando el sujeto persiste con sus falsas creencias durante la sobriedad (1.43). Sin embargo, se acota, que los celos son una emoción humana y que no es fácil establecer una diferencia entre normales y patológicos.

Rodriguez M. D (1989), indica que las características esenciales de la celotipia alcohólica, sugiere que en ocasiones puedan igualarse a un trastorno obsesivo.

Por ejemplo, la constante reflexión, el hecho de que con frecuencia el paciente (aunque sea por poco tiempo y en forma parcial), se da cuenta de la falsedad de sus creencias, el carácter desagradable de las sensaciones asociadas, la necesidad compulsiva de revisar las cosas y el alivio transitorio que obtiene al hacer ésto, son características que nos hacen pensar en un cuadro obsesivo. Por otro lado, la explicación psicodinámica que ofrece Griffith (1987), para ésta cadena de acontecimientos, indica de manera resumida, que un individuo que vive un cuadro semejante al ya mencionado, al dudar de su virilidad tiende a beber, pero su alcoholismo le provoca impotencia sexual y la reacción a la impotencia son los celos, por lo que con frecuencia se dice que la impotencia y los celos van casi siempre unidos. (25)

De manera global, se puede decir que existe un acuerdo generalizado de que queda mucho por investigar y descubrir a cerca de este trastorno, por lo que se puede argumentar que es muy ingenua la opinión convencional de que el alcoholismo provoca los celos patológicos. Por otro lado, y a partir de ello, el tratamiento a seguir se centra inicialmente en el alcoholismo con la esperanza de que en consecuencia será más fácil tratar psicoterapéuticamente los cuadros celotípicos (25.43).

#### DEPRESIÓN ASOCIADA AL ALCOHOLISMO

No es raro que el alcohólico consulte a un especialista por depresión, muchas veces cubriendo su alcoholismo, tanto por los cambios neurofisiológicos consecutivos al abuso de alcohol, como por las complicaciones personales y socio familiares que se han creado.

Por lo regular el enfermo justifica la aparición de cuadros depresivos, siendo la depresión del alcohólico un tanto reactiva al abuso de la ingesta de alcohol en la mayor parte de las veces. (25.43)

Los síntomas principales del trastorno depresivo incluyen un cambio en el estado de ánimo, decaimiento, ansiedad y ausencia de placer. Junto con el trastorno del estado de ánimo puede aparecer una sensación de inutilidad y de autoacusación. Además, el paciente suele quejarse de que no duerme bien, de que tiene pesadillas y que se despierta constantemente. Hay pérdida de peso y falta de apetito, se pierde el interés sexual y se deteriora la capacidad de concentración. Asimismo, es posible que el paciente se muestre agitado o sumamente torpe, siendo típico que haya constipación o estreñimiento. Esto hace posible que el paciente se convenza de que está físicamente enfermo y que empiece a presentar síntomas de hipocondría. (1.25.36.43)

Por otra parte, el trastorno depresivo suele expresarse en grados y hay muchas variaciones en la forma en que los síntomas, se unen y se presentan, no existiendo una descripción certera que pueda abarcar la inmensa variedad de cuadros clínicos. (25.43)

Decidir si una persona sólo se siente desgraciada o por el contrario está peligrosamente deprimida, puede ser sumamente difícil cuando esta bebiendo y existe la posibilidad de que la persona se suicide a consecuencia de un error en el diagnóstico y tratamiento. (25.36.43)

A menudo, a muchos alcohólicos se les diagnostica un trastorno depresivo, con la consecuente e inútil prescripción de medicamentos o una insensata administración de terapia electroconvulsiva (TEC), pudiéndoles ocasionar daños en la corteza cerebral. (25.43)

En tales circunstancias, lo más sensato es reconocer que no se puede emitir un diagnóstico cuando hay alcohol de por medio y que se debe ver que el paciente deje de beber como prerequisite para la solución de esta dificultad.

Es por ello, que el primer problema en el diagnóstico, es si existe o no un trastorno depresivo, por lo que entonces la consecuencia de este trastorno y el alcoholismo pueden tener diferentes significados a saber:

1.- Si el trastorno depresivo empezó en forma casual, mucho tiempo después de que se manifestase el alcoholismo, y

2.- Si el trastorno depresivo ha contribuido a la génesis del alcoholismo. Lo que en otras palabras, sería: "el alcoholismo surgió porque el paciente ingería alcohol para aplacar su depresión." (25)

#### **DELIRIUM TREMENS**

El delirium tremens puede representar varios cuadros clínicos; tanto es así que se ha propuesto clasificarlo en categorías. Sin embargo, se ha llegado a concluir que es más útil considerarlo como una unidad, con un continuo de gravedad y una variación de síntomas. EL delirium, las experiencias alucinatorias y los temblores forman la triada para el diagnóstico. (1,25,43)

La gama total de elementos posibles del síndrome pueden ser los siguientes:

##### **1.- Delirium**

El paciente esta parcialmente orientado en la realidad, sin embargo, se muestra regularmente desorientado en cuanto a las personas, los lugares y el tiempo.

## **2.- Alucinaciones**

Las experiencias que se alucinan son en su mayoría vividas, caóticas y extravagantes; pudiendo afectar cualquiera de los sentidos. Posiblemente el paciente vea visiones, oiga ruidos, perciba olores de gases o sienta animales arrastrándose por su cuerpo.

## **3.- Temblor intenso y persistente.**

Por el intenso miedo es posible que el paciente experimente no sólo temblores, sino también extremos de horror como reacción a una alucinación, por ejemplo, a las arañas y serpientes que se deslizan sobre las sábanas de su cama.

## **4.- Delirium paranoides**

El estado de ánimo del sujeto se vuelca paranóide, mal interpretando muchos de los sucesos y estímulos que experimenta, mostrando tal confusión que no logra poder sistematizar sus ideas delirantes.(1)

Por ejemplo, un individuo podría decir: "pensaba que me querían descuartizar, claramente escuchaba sus voces en la azotea de mi casa, por eso pensé en matarme antes de que me descuartizarán."

## **5.- Inquietud y agitación**

Estos síntomas, por lo regular, se asocian a las experiencias alucinatorias. El paciente con frecuencia esta sumamente inquieto; con sus manos agarra y jala las prendas de la cama, se sobresalta con cualquier sonido.

## **6.- Aumento en la sugestibilidad**

El paciente con delirium tremens puede ser más vulnerable a la sugestión.

## 7.- Trastornos físicos

Por lo general el paciente suda demasiado, corriendo el riesgo de deshidratarse. Es frecuente la falta de apetito, el pulso es rápido y es probable que aumente la presión sanguínea y haya fiebre.

### Etiología y curso

Al delirium tremens se le considera principalmente como un estado de abstinencia al alcohol, aunque se reconoce que en ocasiones otros factores como las infecciones o los traumas pueden desempeñar un papel importante en la etiología de este trastorno. (1,25,43)

La abstinencia que precipita el ataque pudo haber sido provocado porque el paciente ingresó a un hospital, o porque es arrestado, pero lo más común es porque se propuso dejar de beber.

Es raro que un paciente alcohólico, padezca delirium tremens sin tener un historial de por lo menos varios años de dependencia alcohólica grave y muchos años de alcoholismo.

Son comunes los ataques recurrentes una vez que el paciente ha tenido uno de esos episodios. Por lo general este estado dura de tres a cinco días, habiendo una resolución gradual. En raras ocasiones el trastorno se prolonga durante algunas semanas fluctuando entre recuperación y recaídas. (1)

### EXPERIENCIA ALUCINATORIA TRANSITORIA

La esencia de esta condición es que el paciente experimenta en forma rápida, súbita y efímera cualquiera de los trastornos de la percepción, que con frecuencia lo dejan sorprendido y confundido. (25,43)

Esto puede ocurrir durante períodos en los que las personas beben mucho en forma continua o recurrente, o cuando se abstienen. No hay delirium o pruebas de un grave trastorno fisiológico como ocurre en el delirium tremens. (43)

#### ATAQUES POR ABSTINENCIA

En la persona sumamente dependiente del alcohol, la abstinencia parcial o total puede provocar ataques. (25) Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que sufren un ataque tendrán, poco después, un ataque de delirium tremens; los ataques ocurren de doce a veinticuatro horas después de que se inicia la abstinencia y, de esta manera precederá el inicio del delirium tremens por uno o dos días. Estos ataques son del tipo del gran mal (convulsiones epilépticas generalizadas, con pérdida del conocimiento, seguido de movimientos convulsivos en los cuatro miembros.) (25,43)

#### PERDIDA DE LA MEMORIA POR CONSUMO DE ALCOHOL (AMNESIAS)

La pérdida de memoria por consumo de alcohol, se refiere a las amnesias transitorias que pueden ser inducidas por intoxicación alcohólica, ya que es frecuente que tales amnesias la padezcan personas con graves problemas de alcoholismo o dependencia. Pero también se puede presentar en bebedores ocasionales después de una ingesta prolongada de alcohol. (43)

#### FENOMENOLOGÍA DE LAS AMNESIAS ALCOHOLICAS.

La pérdida de memoria se presenta en dos tipos:

a) La variedad en bloque, que se caracteriza por una amnesia total, con puntos repetidos de ataque y recuperación, sin que se recuerde después lo que pasó durante el período amnésico, ya sea espontáneamente o con estimulación.

Este período puede prolongarse de 30 a 60 minutos o hasta dos o tres días.

b) La amnesia lagunar tiene límites no muy bien definidos, pues hay períodos de memoria dentro de sus límites y con frecuencia se caracteriza por recuerdos posteriores parciales o completos y generalmente son más cortos en duración que la amnesia en bloque. (25.43)

Por lo general, se recomienda reconocer las dos clases de amnesias descritas como prototipos constituyentes, pero también se tiene que describir por separado la experiencia de cada paciente ya que en realidad puede haber varios grados de pérdida de memoria. (25.43)

Cabe remarcar, que las amnesias inician su expresión cuando una persona comienza a beber en forma excesiva, en una fase última o tal vez nunca se presentan. Sin embargo, una vez que comienzan a presentarse con cierta frecuencia ya no dejan de hacerlo. Se especula que el inicio de amnesias graves y frecuentes puede estar relacionado con datos incipientes de daño cerebral alcohólico. (25.43)

#### HIPOMANÍA ALCOHÓLICA.

La hipomanía es una exaltación patológica del estado de ánimo, en donde al paciente hipomaniaco puede parecerle que el alcohol mitiga algunos sentimientos desagradables, asociándose a una exaltación básica del estado de ánimo. El estado hipomaniaco puede caracterizarse por una mezcla considerable de ansiedad, irritabilidad y desconfianza. (43)

Asimismo, es probable que el hipomaniaco en una "borrachera" pierda el decoro ante la sociedad, gaste grandes sumas de dinero y se dé la gran vida. Esta desinhibición general, como el buscar alivio a los síntomas desagradables puede contribuir al alcoholismo.

#### ESTADO DE ANSIEDAD FOBICA

Se caracteriza por una ansiedad aguda en ciertas situaciones, por lo que tratan de evitarse tales situaciones. Es posible que el paciente siempre presente un alto grado de ansiedad o que sólo experimente una ansiedad anormal en situaciones específicas. (3,25,43)

Los síntomas pueden variar con el tiempo o son relativamente constantes. Puede haber unas cuantas situaciones fácilmente identificables que provoquen la ansiedad o pueden ser muchísimas las situaciones responsables.

La mayoría de los pacientes que descubren que están desarrollando una ansiedad fóbica por lo regular, no consumen alcohol para mitigar la ansiedad. Sin embargo, para otras es fácil autoprescribirse alcohol para mitigar la ansiedad. En particular la persona que, aunque no quiera, tiene que salir de casa para trabajar o por cualquier otra responsabilidad y dado que el alcohol proporciona un alivio eficaz para la ansiedad, es común que en éstas se desarrolle una dependencia al alcohol.

#### ESQUIZOFRENIA

Con frecuencia, la esquizofrenia no aparece unida al alcoholismo, aunque el número de veces en que ocurre esta unión es suficiente como para que merezca tener un lugar en cualquier lista de verificación de diagnósticos. (25,34,43)

La razón de que la esquizofrenia no provoque un alcoholismo secundario, radica en que probablemente no se considera que el alcohol sea útil para mitigar los desagradables síntomas esquizofrénicos.

Otra razón puede ser que la persona que está desarrollando esquizofrenia intente a menudo movilizar las defensas psicológicas que le permitan en cierta forma enfrentarse a una amenaza aterradora. (25)

En tal caso el beber alcohol podría ser disfuncional, pues la intoxicación provocaría un repunte de los sentimientos peligrosos, en un momento en que de todas formas, es difícil integrar el material psíquico que sale a la luz. No obstante estas explicaciones son especulativas.

Los pocos esquizofrénicos que tienen dificultades con el consumo de alcohol, al parecer la tienen por varias razones: en ocasiones, este trastorno se asocia a cierta etapa en la que hay mucha ansiedad y el paciente la mitiga con el consumo de alcohol. Si un paciente alcohólico tiene al parecer esquizofrenia, este es otro indicio decisivo de que requiere hospitalización, para que en estado sobrio se le pueda diagnosticar e iniciar tratamiento. (25)

Por lo tanto, el objetivo general debería ser tratar la esquizofrenia y el alcoholismo de la manera más eficaz posible. Si no reciben tratamiento éstos trastornos, empeorarán mutuamente; pero de la misma manera, si se tiene éxito en una esfera del padecimiento, se facilitará el tratamiento en el otro padecimiento. (25.43)

### DAÑO AL TEJIDO CEREBRAL

El cuadro clínico más conocido es el de la demencia alcohólica asociada. El paciente con demencia alcohólica, comúnmente presenta un historial de muchos años de consumo excesivo de bebidas alcohólicas que finalmente provocan daño al cerebro. La conducta de una persona ebria que tiene un daño cerebral subyacente, es antisocial o sumamente descuidada y no mide las consecuencias, existiendo también un aumento en la sensibilidad al alcohol, ya que el paciente se embriaga con cantidades mínimas. (25,43)

En términos generales, la descripción de los cuadros patológicos adheridos al alcohol, muestran cuán importante es atender a nivel preventivo el uso y abuso de éste tóxico, dado los agravantes que se generan en un individuo y que por sus consecuencias letalmente progresivas, terminan en un deterioro prácticamente insalvable.

Es por ello plausible, que reconociendo los efectos de la ingesta excesiva de alcohol, sea imprescindible considerar qué alternativas terapéuticas pueden ser eficaces, ante éste mal que cada día en nuestro ámbito nacional se torna como una "afición socialmente autodestructiva".

## CAPITULO IV

### **ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS PARA EL ALCOHOLISMO**

Los modelos de intervención postulados en los programas de tratamiento del alcoholismo han incluido a todas las posturas teóricas. Se han practicado terapias médicas, psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas y la de los grupos de autoayuda; se ha recurrido a un manejo interdisciplinario, así como a manejos unilaterales tanto de internación del paciente como en la consulta externa. Observándose la falta de un enfoque integral del síndrome de dependencia al alcohol, que rijan las acciones terapéuticas. No obstante la complejidad que existe todavía sobre la etiología del alcoholismo, de las diversas hipótesis y de la información errónea que suele presentarse, actualmente se conoce lo suficiente sobre la patogenia del alcoholismo, para poder actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio eficaz de los pacientes.

El conocer las metas de las diferentes alternativas terapéuticas nos permite comprender, la clasificación de los tratamientos para el alcoholismo, pues su definición deriva del enfoque conceptual sobre la naturaleza y características del consumo de alcohol. (12,13,50)

Tradicionalmente, se ha considerado que la meta por excelencia debe de ser la "abstinencia" (dejar absolutamente de consumir bebidas alcohólicas) mismas que responden al concepto de alcoholismo como enfermedad.

Esto es por considerarla de evolución irreversible y expresada en la pérdida de control sobre el consumo, por eso la única manera no tanto de curarla pero sí de detener su curso, es la abstinencia, ya que se sostiene que una persona dependiente al alcohol nunca puede volver a beber normalmente o en forma no problemática. (50)

Sin embargo, en los años sesenta aparecieron reportes sobre alcohólicos que habían vuelto a un consumo normal. Lo que llamó enormemente la atención, acrecentando los estudios al respecto. Esto se debió a que la tasa de efectividad de los programas que tenían como meta la abstinencia eran relativamente bajas y los costos de los programas eran altos. Lo cual provocaba tanto el escepticismo del equipo de salud como el descredito de los servicios oficiales ante la comunidad. (3,47)

#### **4.1. METAS DE LA TEORÍA CONDUCTUAL Y PSICOANALÍTICA**

Los autores que han apoyado el llamado consumo no problemático como meta del tratamiento, se encuentran básicamente dentro de las teorías conductual y psicoanalítica, las cuales rechazan el concepto de alcoholismo como enfermedad en el sentido clásico.

La teoría conductual sostiene en términos generales, que el problema es el resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual el alcohol produce estados placenteros fisiológica o psicológicamente inducidos, que se constituyen en una recompensa inmediata a la conducta de consumo brindado. Asimismo, como un alivio a situaciones desagradables, tales como ansiedad, tensión y culpa.

En este sentido el tratamiento es visto como un proceso de desaprendizaje de los hábitos nocivos de consumo, para que el paciente pueda retomar o aprender un patrón de consumo no problemático. (3.47.50)

Sin embargo, debemos señalar que el tratamiento conductual que tiene como objetivo el autocontrol de la ingesta de bebidas alcohólicas únicamente es recomendable para bebedores problema y no se recomienda a pacientes considerados alcohólicos.

Por otro lado, el enfoque psicoanalítico tiende a concebir el problema como el síntoma de una perturbación subyacente de la personalidad que debe de ser atendida; en éste caso centrarse en la abstinencia equivale a descuidar el problema principal, al atacar las consecuencias sin modificar las causas.

Las diferencias conceptuales de ambas corrientes con respecto al consumo de alcohol, han producido algunos intentos de conciliación y otros de superación. Uno de ellos ha sido el acordar que se parta de algún tipo de alcohólicos en los que debería lograrse la abstinencia, como aquellos alcohólicos que presentan un daño físico irreversible, los que crónicamente fallan en el aprendizaje de un consumo controlado y quienes crean firmemente en esta meta; para otros podría considerarse como objetivos el consumo controlado. (50)

No obstante, las metas serán distintas en un paciente que presenta deterioro orgánico, del que únicamente puede pretenderse al detener la ingestión de alcohol, y evitar la progresión de un proceso demencial. Pero siempre debe intentarse lograr el mejor funcionamiento posible del paciente, dentro de las precarias limitaciones que en muchos casos existen en este tipo de personas. (50)

En conclusión, se admite que en la práctica clínica aún no se cuenta con bases para determinar o distinguir a los pacientes para los cuales una meta sea más adecuada que la otra. A este respecto, se han propuesto objetivos múltiples de tratamiento y, en este caso, la importancia del tipo de consumo (abstinencia o control) dependerá de la mejoría en algún aspecto del funcionamiento psicosocial del paciente. Para algunos casos, el hecho mismo de aliviar en algún grado los problemas de algunas de esas áreas podría considerarse un éxito del tratamiento. Por ello, es importante conocer en detalle las diversas técnicas de tratamiento para el alcoholismo que se describen someramente a continuación.

## **4.2. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO**

### **4.2.1 TERAPIA FARMACOLÓGICA**

El empleo de medicamentos en el tratamiento del alcoholismo, pretende condicionar aversión hacia el alcohol por medio de sustancias que al mezclarse con el alcohol dentro del organismo, producen una serie de síntomas indeseables. (12.17.25.43.51)

**A continuación se mencionan algunas de estas sustancias:**

a) Disulfiran (nombre comercial ATABUSE). Este medicamento produce reacciones violentas en el organismo, cuando es combinado con el uso de alcohol. Tales reacciones son displacenteras, y se caracterizan por las reacciones que se producen en el sistema nervioso autónomo. Los síntomas de reacción disulfiran-etanol incluyen: calor, náuseas, vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad para respirar y una marcada disminución de la presión arterial (3).

b) Metronidazol (nombre comercial FRAGIL). Esta sustancia se emplea para provocar respuestas incompatibles con la ingesta de alcohol. Dentro de sus efectos secundarios, esta el producir un sabor metálico en la boca y aversión al sabor del alcohol. (47)

Sin embargo, en relación al empleo de estos medicamentos, se puede señalar que su eficacia en el control de la ingesta de alcohol es dudosa como lo señala Rodriguez, M.D. (1989). En sus estudios encontró que no existían diferencias entre los efectos de la droga y el placebo en la ayuda que proporcionan a los pacientes para que se mantengan en abstinencia.

c) Psicotrópicos. Se emplean para influir directamente sobre el sistema nervioso, modificando el estado emocional del paciente, y pretendiendo aliviar síntomas como la depresión y la ansiedad.

El supuesto básico de tales sustancias es, si ciertos síntomas de tipo psiquiátrico son aliviados, el uso excesivo de alcohol asociado a estos trastornos también será disminuido o suprimido.

Los psicofármacos han sido empleados para tratar el alcoholismo debido a su acción antiansiolítica. Guido, W.M. (1987) señaló que el uso de estos medicamentos ha dado buenos resultados, por ejemplo, "el clordiasepovido (nombre comercial LIBYUM), es uno de los medicamentos que más se emplea.

Tales drogas psicotrópicas actualmente siguen siendo los métodos de tratamiento más comúnmente empleados para tratar a los bebedores problema, a pesar de que su efectividad en el tratamiento del alcoholismo no ha sido probada". (47)

#### 4.2.2 TERAPIA CONDUCTUAL

Hasta hace poco, la terapia conductual para tratar el alcoholismo estaba restringida a la terapia aversiva, ya sea eléctrica, química o verbal, pero en la actualidad existen técnicas conductuales no aversivas.

De tipo aversivo:

**Terapia aversiva:** este tipo de terapia trata de extinguir la ingesta de alcohol, creando aversión ó disgusto hacia las bebidas alcohólicas.

##### a) Terapia aversiva con agentes químicos

El procedimiento consiste básicamente en la aplicación de inyecciones intramúsculares de emetina hidrocloreído. Dicha sustancia produce náuseas y vómito, cuando se ingiere alcohol. Esto ocurre en 30 minutos aproximadamente y el paciente reciba cinco sesiones de condicionamiento aversivo. (52)

##### b) Terapia de aversión eléctrica

Los estudios donde se ha empleado el "electro-shock", han variado con respecto a la intensidad y duración del mismo, así como en la parte física donde se dá la descarga eléctrica, ya sea en dedos, pies, piernas o cara. (52)

La aversión eléctrica no debe ser confundida con la terapia de tipo electroconvulsiva, en donde la descarga eléctrica es pasada por el cerebro.

### c) Terapia de aversión verbal

Esta técnica incluye un guía verbal, en donde se le pide al paciente que imagine al alcohol y escenas de ingesta, asociándolas con pensamientos displacenteros, generalmente náuseas y vómito. (3.52)

De tipo no aversivo:

Una amplia variedad de técnicas de tratamiento conductual no aversivo, son usadas actualmente para reducir el consumo de alcohol y están encaminados a mejorar el estado, y el funcionamiento psicosocial del individuo. (3.52)

Estas técnicas ponen énfasis en los patrones de conducta de inicio y mantenimiento de la ingesta de alcohol. Pero fundamentalmente, en las conductas que son alternativas e incompatibles con el consumo excesivo de alcohol. Estas aproximaciones conductuales en el tratamiento del alcoholismo se basan en una variedad de técnicas encaminadas a disminuir las propiedades de reforzamiento del alcohol así como desarrollar habilidades de auto control en el individuo alcohólico, por ejemplo: (3.52)

### El entrenamiento conductual de auto control.

La mayor meta en los tratamientos conductuales para el abuso del alcohol, consiste, como ya se ha dicho, en enseñar patrones de conducta que sean incompatibles con la ingesta excesiva de alcohol. (3.52) Por lo que éste entrenamiento pone énfasis en el reconocimiento de situaciones que sirven como clave para discriminar situaciones que propician la ingesta de alcohol, y donde el alcohólico debe de desarrollar en base a ésta clave, patrones alternativos de conducta con el fin de evitarlas.

Es decir, a los alcohólicos se les puede enseñar alternativas para una cadena entera de eventos que limitan frecuentemente la ingesta excesiva de alcohol.

Esta psicoterapia de tipo conductual, tiene la ventaja adicional de proveer al individuo del control sobre su forma de beber y de su vida en general, y ésta es importante por la falta de motivación de los alcohólicos para cambiar sus hábitos, ya que por definición existe una perniciosa falta de control interno sobre su conducta. Es por ésto, que los pasos iniciales del tratamiento deben incluir control externo para iniciar el cambio del comportamiento. Además de representar una aproximación con orientación educacional, para el tratamiento del problema en el abuso de la ingesta del alcohol. (3.52)

Asimismo, el número de estrategias de Auto-gobierno que se han venido desarrollando, han dado paso a dos más: control de estímulos y programación conductual. (3)

- **Control de estímulos:** Incluye el arreglo de claves o consecuencias medio ambientales para disminuir la probabilidad de ingesta de alcohol.

- **Programación conductual:**

La programación conductual, re-arregla las consecuencias de la propia conducta. Básicamente ésta es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es de manera contingente a la abstinencia o ingesta moderada, y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se prevé de contingencias: los auto-reforzadores y auto-castigos pueden ser cubiertos o encubiertos. (3.52)

En cuanto al manejo de contingencias encubiertas, la más utilizada es la sensibilización encubierta.

#### **Sensibilización encubierta**

Es básicamente un procedimiento de auto-castigo, donde el alcohólico es confrontado con la oportunidad de beber, autocastigándose de una manera encubierta, al imaginar experiencias displacenteras tales como el vómito y nauseas. Pero también, la evitación exitosa del uso de alcohol puede seguirse con un pensamiento placentero.

#### **Manejo de contingencias abiertas**

Un individuo también puede hacer que sigan a su conducta reforzamientos externos o eventos punitivos. Un excelente análisis, paso por paso, de las formas en donde ésto puede ser realizado, ha sido presentado por Watson y Tharpe, 1972 (ct. en Ayala, 1993) y consiste en lo siguiente: un sujeto enlista varias de sus actividades favoritas, de tal forma, que éstas ocurran sólo si él se ha mantenido sobrio por un cierto término de tiempo. El alcohólico también puede arreglar que otros le refuercen o castiguen según su conducta de ingesta, con relación al exceso del beber.

#### **d) Los contratos escritos:**

El contrato escrito sirve como un instrumento clave para comprometerse en una conducta de auto-gobierno, así el paciente podrá no solo registrar los episodios de ingesta y la cantidad y la clase de bebida ingerida, sino también las ocasiones en que tuvo la oportunidad de premiarse o de castigarse. (3,52)

El auto-registro, se emplea dentro de esta técnica, como un instrumento de auto-control, el cual puede disminuir la probabilidad de ingesta excesiva.

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

79

Su objetivo es que el individuo maneje más información sobre su problema de ingesta de alcohol y con ello poder tener un control sobre esta.

**4.3. SUPUESTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL SOBRE EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL.**

La teoría del aprendizaje social, cuestiona la concepción médica que considera al alcoholismo como una enfermedad progresiva y crónica que puede ser contenida pero nunca curada. Se señala en base a estudios de seguimiento y a encuestas generales de población llevadas a cabo en diversos países, que existen tasas significativas de remisión, aún sin intervención o tratamiento. (Ayala v.H.1993)

Se señala que la imagen prevalente del alcoholismo monolítico, altamente resistente al cambio, discrepa con una importante información donde se ha encontrado tasas significativas de remisión respecto al alcoholismo. (3)

La concepción de la teoría del aprendizaje social sobre el alcoholismo y el comportamiento del beber alcohol, está más acorde con la evidencia sobre la variabilidad de la conducta de beber y su moldeabilidad por medio de influencias externas.

Asimismo, reconoce que los efectos farmacológicos del alcohol (estrés, abatimiento de la respuesta, auto-confianza, etc.) pueden contribuir al alcoholismo. Sin embargo, a diferencia del modelo de enfermedad que utilizan los factores farmacológicos y fisiológicos como conceptos explicativos directos y exclusivos

del alcoholismo, la teoría del aprendizaje social considera que los factores farmacológicos interactúan y son mediados por procesos psicológicos y del aprendizaje social.

Ayala, 1993. señala, que existe una creciente evidencia que sugiere que los factores conductuales de la ingesta y pérdida de control que usualmente se atribuyen a la dependencia física del alcohol, emergen en gran parte de las expectativas que un individuo tiene sobre el alcohol.

Es por ello, que esta teoría propone la necesidad de una reconceptualización del uso y abuso del alcohol, así como del alcoholismo, señalando que los modelos integrativos multivariados preverán una mejor explicación y conceptualización del alcoholismo.

También dentro de esta teoría se sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta de beber, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también el modelar conductas de beber dentro de contextos sociales. (3,52)

Otros estudios señalan que los efectos del modelamiento están sujetos a factores situacionales (3,6,52).

Entre estos factores situacionales se señalan: el sexo del sujeto, la historia previa de beber y el tipo de interacción que se establece con los compañeros de ingesta de alcohol.

Los efectos de la influencia de los padres, así como el modelamiento de la conducta de beber de algunas personas cercanas al individuo, han sido mencionados como factores que inciden importantemente en el desarrollo de expectativas internas sobre los efectos del alcohol.(3)

Se sugiere asimismo, que las conductas que han sido moldeadas se traducen en expectativas. Señalando que las expectativas internalizadas para el beber pueden ser determinantes directos de importancia en el desarrollo de la conducta de beber y estas expectativas pueden a su vez ser moldeadas inicialmente por agentes de socialización.

Un estudio de Brown, Golman, Inn y Adersón (1980), sobre las expectativas de los efectos de reforzamiento positivo, identificaron seis factores que integran el constructor de la experiencia de efectos reforzantes del alcohol:

El alcohol:

- a) transforma positivamente a las experiencias,
- b) realza el placer físico y social,
- c) refuerza la ejecución y el placer sexual,
- d) incrementa el poder y la agresión.
- e) promueve la asertividad sexual, y
- f) reduce la tensión.

También se menciona alrededor de esto, que los patrones de beber tienen relación con el tipo de expectativas, de tal forma, que los bebedores moderados tienen mas expectativas relacionadas con experiencias positivas y el realce de placeres sociales, mientras que los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente su conducta agresiva y sexual a la vez que pueda reducir el estrés y tensión.(3)

Del mismo modo, se considera que los medios masivos de comunicación transmiten y refuerzan estas expectativas generales sobre el uso y los efectos del alcohol, como una forma de realzar el disfrute de la interacción y la reducción de la tensión social, así como el manejo de crisis y el ascua de estrés crónico, lo que resalta en la mayoría de los casos, el efecto de facilitación social del alcohol. (3)

En México, por ejemplo, el uso y abuso del alcohol es reforzado socialmente, a través de dichos populares y en formas de coacción como: "te pega tu vieja", "no aguantas nada", etc., aparte de las canciones populares y de las películas en donde se asocia la ingesta de alcohol con algún suceso de tipo emotivo.

Se puede decir, en términos generales, que la teoría del aprendizaje social sugiere que las expectativas relacionadas con el alcohol se establecen en estadios tempranos de la vida, antes del establecimiento de patrones estables de beber, y son el resultado de influencias de agentes primarios y secundarios de socialización como los familiares, el entorno social que rodea al individuo y los mensajes de los medios masivos de comunicación.

Por otro lado, la teoría del aprendizaje social propone que los factores que pueden propiciar las recaídas en el beber excesivo, son los siguientes:

a) el grado en que uno se siente controlado o incapaz en relación a la influencia de otros.

b) la autopercepción en relación a eventos ambientales que se perciben como fuera del control personal (bajo nivel de eficacia), frente a las demandas de la vida diaria, incluyendo sentimientos de incapacidad, fatalismo e indefensión adquirida,

c) la accesibilidad al alcohol y las limitaciones sobre el beber que son impuestas por restricciones situacionales específicas,

d) el acceso de habilidades alternativas de afrontamiento al beber tanto generales como específicas, y

e) por último, las expectativas del beber sobre los efectos del alcohol como método de afrontamiento.(3)

En resumen, la teoría del aprendizaje social postula que en el tratamiento del abuso de alcohol, se requiere que el individuo se haga responsable de su decisión de abstenerse o controlar su consumo de alcohol, con el propósito de desarrollar conscientemente habilidades generales y específicas de afrontamiento que le permitan tener un autocontrol de su ingesta de alcohol.

#### **4.4. TRATAMIENTO MEDICO DEL ALCOHOLISMO**

Los problemas de tipo médico provocados por el consumo excesivo de alcohol, abarcan tres rangos:

El primer rango se refiere a la intoxicación alcohólica aguda que puede presentarse tanto en bebedores de tipo social como en bebedores consuetudinarios.

El segundo rango se refiere a las repercusiones del consumo crónico de alcohol que afecta a todos los órganos de la economía humana, pero fundamentalmente, al aparato digestivo, y al sistema nervioso central y periférico.

El tercer rango del síndrome de dependencia al alcohol, se refiere a las diversas complicaciones psiquiátricas de tipo adictivo, en la cual el bebedor ha desarrollado dependencia psíquica y física al alcohol.

En relación a esto, Elizondo, 1981, señala que es importante saber diferenciar entre éstos tres rangos del problema en relación al consumo de alcohol, ya que desgraciadamente la mayoría de los médicos confunden estos tres tipos de complicaciones en una sola, a la que generalmente se le da el nombre de alcoholismo.

Por lo mismo, en el siguiente apartado se hablarán de los principales manejos de tipo médico-farmacológico ante la urgencia de tratar lo más humanamente posible el síndrome de dependencia al alcohol.

Por lo regular, el paciente alcohólico en fase aguda llega a las salas de urgencias de los hospitales generales o de los hospitales psiquiátricos, en las siguientes condiciones: agitado, desaliñado, poco cooperador y en ocasiones sumamente agresivo.

Elizondo, 1981, agrega, que por lo regular llegan deshidratados y desnutridos pues con seguridad llevan varios días sin probar alimentos.

Además, pueden presentar algunas complicaciones digestivas o psiquiátricas, siendo las más frecuentes: el vómito, la intolerancia a la ingestión de alimentos, el sangrado digestivo, los trastornos sensorio-perceptivos y los delirios.

Por lo que recomienda, que el tratamiento médico para enfermos alcohólicos agudos se realice en tres niveles:

- 1.- Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol,
- 2.- Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso de que no se haya presentado, y
- 3.- La atención psicoterapéutica debida a complicaciones o trastornos psicológicos.

El mismo experto, señala que el enfermo necesitará fundamentalmente soluciones glucosadas endovenosas a 5 o 10%. Las que por un lado, rehidratarán al paciente y por el otro cubrirán sus necesidades, ya que el aporte de calorías quedó bruscamente suspendido cuando el paciente dejó de ingerir alcohol. (12,13,14)

En cuanto a la aplicación de sedantes en el tratamiento médico del alcoholismo, recomienda dosis para producir sedación sin estupor de 50 a 200 mg. de clordiazepóxido o hidrixina, por vía intramuscular o endovenosa, la que se puede repetir en caso de que sea necesario en lapsos de 2 a 4 horas.

Asimismo, sugiere mezclar el sedante en la solución glucosa, aunque también puede aplicarse en forma directa por vía intramuscular o endovenosa, cuando el enfermo está muy agitado.

Este tratamiento médico lo recomienda en la fase aguda del alcoholismo para restablecer el metabolismo del paciente alcohólico.

También incluye administrar suficiente cantidad de vitaminas, en especial del complejo vitamínico "B" (tiamina y niacina) ya que el paciente alcohólico además de no alimentarse adecuadamente, tiene interferencia en la absorción de tiamina por la presencia de alcohol y la carencia de tiamina es responsable de los cuadros de polineuritis y otras complicaciones como el síndrome de Wernicke y la psicosis de Korsakoff. (12.43)

Finalmente, se mencionan dos estados que aunque raros deben tenerse en cuenta, pues pueden presentarse como consecuencia de una intoxicación etílica aguda, tales estados son: el estupor y el coma. El estupor ocasionado por la ingestión en exceso de alcohol, sólo requiere de observación y de una diferenciación cuidadosa de otras muchas causas de estupor. (12.43,50)

Ante ello se recomienda, que en estos casos es importante evitar el uso de sedantes y tranquilizantes por la posible potencialización del alcohol y precipitación del estado de coma.

El coma alcohólico es bastante raro, pero, en un caso de urgencia es importante debido a la posibilidad de una depresión respiratoria y al deceso consecuente. Dicha condición es reversible si el paciente es asistido adecuadamente hasta que baje el nivel de alcohol en la sangre. Además debe aplicarse intubación endotraqueal y dar auxilio respiratorio en caso de que surja una complicación de esta índole. El lavado gástrico, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, suelen ser de gran utilidad. Se han utilizado una amplia variedad de drogas tales como: la glucosa, la insulina y estimulantes pero no han tenido valor alguno. (12.50)

Por otra parte, los trastornos psiquiátricos motivados por la interrupción súbita de una ingesta de alcohol prolongada; la alucinosis alcohólica, el estado paranoide alcohólico y el delirium tremens entre otros, son la manifestación clínica de un grave trastorno del metabolismo cerebral y general, principalmente de los carbohidratos, aunada a una disminución de la función desintoxicante del hígado, tendencia a la acidosis, oxigenación deficiente del cerebro, balance hidroelectrolítico alterado y diversas carencias nutricionales especialmente de la vitamina B. (12.47.50)

Con esto, se ha descrito de manera sucinta, el tratamiento médico clásico de la intoxicación etílica aguda y de las complicaciones del alcoholismo crónico.

Sin embargo, se hace hincapié en que el tratamiento farmacológico es tan sólo un aspecto parcial y marcadamente sintomático dentro del manejo del problema del alcoholismo, el cual como se ha demostrado en diferentes investigaciones y estudios, es un problema multifactorial que requiere de un abordaje biopsicosocial en cualquier tipo de tratamiento.

#### 4.5. GRUPOS DE AUTOAYUDA: ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (A.A.)

El programa de alcohólicos anónimos considera al alcoholismo como una enfermedad y se apoya en muchos conceptos médicos, y en las definiciones de la O.M.S. (Organización Mundial De la Salud), pero lo trata como un padecimiento no solo físico y mental, sino también espiritual. (15.46)

Esta inspiración religiosa fortalece mucho el espíritu y la cohesión del grupo dándole una relevancia moral al programa y proporciona alivio a los sentimientos de culpa y a la necesidad de recuperación que experimenta el alcohólico después de la etapa de intoxicación.

El numero de grupos de A.A. y de sus miembros ha ido en aumento. En México empezaron en 1945 y actualmente existen como 14,000 grupos de A.A. con aproximadamente 300,000 miembros activos. (45,46)

Además, en la actualidad muchos programas se apoyan fuertemente en la filosofía de AA y en sus actividades; es decir, el programa de alcohólicos AA, ha sido el modelo a seguir para el tratamiento de algunos problemas de salud como: obesidad, drogadicción, neurosis, y problemas sexuales entre otros. El componente de autoayuda, que un enfermo ayuda a otro, y los pasos y tradiciones que se practican, son elementos que favorecen los cambios conductuales y cognoscitivos, lo que integra al alcohólico a una red de apoyo social de por vida, ayudándole a alcanzar la sobriedad además de la abstinencia. (45,46)

El éxito de los grupos de AA ha radicado fundamentalmente, en el hecho de que el alcohólico no confronta el problema de autoridad y encuentra una gran identificación en el compañero que le pasa el mensaje. El alcohólico respira en tales grupos, un ambiente de libertad; nadie lo presiona, nadie lo dirige, nadie lo juzga, nadie lo regaña. Al mismo tiempo, encuentra una gran aceptación y el efecto catártico de contar su historia en la tribuna, tiene un resultado de expiación que le alivia sus tensiones. (45,46)

Los doce pasos que caracterizan la "mística" de estos grupos, enfatizan la inhabilidad de controlar la ingesta del alcohol, la confianza en un poder superior (Dios como se comprenda); una especie de auto inventario moral y el propósito de ayudar a otros alcohólicos. (45)

El proceso de recuperación en los grupos de Alcohólicos Anónimos, ha sido descrito como un medio que permite al alcohólico conceptualizar su problema a través de la narración, permitiendo con ello darle un sentido a sus síntomas y experiencias lo que ayuda enormemente en su proceso de recuperación.

González en 1993, en un estudio titulado "la experiencia de tocar fondo "nos dice al respecto: "para los grupos de Alcohólicos Anónimos un aspecto importante en el proceso de recuperación es, lograr que el alcohólico reconozca o tenga conciencia de su verdadero problema y lo exprese como tal". A esta "toma de conciencia" de su dependencia al alcohol y sus consecuencias en él o ella y en otras personas, los alcohólicos Anónimos la denominan experiencia de "tocar fondo".

En relación a esta experiencia, Rosovsky y Col. (cto en González, 1993) señalan, que tocar fondo es el reconocer estar dominados por el alcohol y, a través de esta humillación, el alcohólico acepta su impotencia frente al alcohol, es decir, reconoce conscientemente que ha "tocado fondo" y esto le permite comenzar en forma mas conciente su proceso de recuperación.

González también señala, que los miembros de A.A. recurren a la narración como medio para lograr conceptualizar su problema y, a través de la intervención de los oyentes, lograr la

comprensión de los hechos e incluso la identificación personal con otras narraciones y de esta manera entender la desviación que han sufrido.

En este sentido, la narración permite lograr una identidad personal y el concepto de uno mismo mediante el uso de la configuración narrativa y, así, "se da unidad a la existencia, entendiéndola, como la expresión de una historia singular, que se despliega y desarrolla".

Finalmente y como conclusión a este cuarto capítulo, se abordará el esquema y plan de trabajo que psicoterapéuticamente es llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", lo que permitirá enfocar el tipo de ayuda que recibe el alcoholico crónico al ingresar a esta institución.

#### **4.6. ESQUEMA CONCEPTUAL Y PLAN DE TRABAJO DE LA TERAPIA GRUPAL, PRACTICADA EN ALCOHOLICOS CRÓNICOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".**

##### **4.6.1. MARCO CONCEPTUAL: DE LA TERAPIA GRUPAL.**

La multicausalidad de factores que propician el alcoholismo, como: su naturaleza adictiva, la compleja personalidad del alcohólico, los mitos y costumbres sociales que lo fomentan, la estigmatización social que ubica al alcohólico como una persona inadecuada e indeseable, digna de reproche social, son estereotipos que han generado una falta de sensibilización de la población en general y de algunos profesionales de la salud, que dificulta y empobrece el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente alcohólico.

Asimismo, al enfermo alcohólico en la mayoría de los casos es visto como un paciente extremadamente difícil para el manejo psicoterapéutico. Lo que exige una adecuada preparación de aquellos que se hagan responsables de brindar un tratamiento eficaz. Muchos profesionales: médicos, psiquiatras, y psicólogos, entre otros; tienen la idea de que es relativamente sencillo tratar un caso de alcoholismo. Esto dista mucho de la realidad, pues para manejar adecuadamente en psicoterapia a un alcohólico se requiere un profundo conocimiento de la magnitud y de las características de los problemas relacionados con el alcoholismo, así como de su etiología considerando para ello las diversas causas físicas, psíquicas y sociales que rodean al alcoholismo, dado que los más recientes estudios llegan a la conclusión de que un factor por sí sólo, no es suficiente para desencadenar al alcoholismo; sino que es un problema multifactorial como anteriormente se ha observado.

Sin temor a equivocarnos, en el estudio psicológico del alcoholismo, hay que olvidarse de los prejuicios populares, de las influencias morales y de la experiencia personal, ya que todo ello ha contribuido a un juicio mal entendido, que en lugar de aclarar, oscurece el planteamiento clínico y, por ende, de una adecuada elección del tratamiento a seguir. Además, es necesario que el profesional que desarrolla el puesto de psicoterapeuta esté convencido de que podrá ayudar al alcohólico y sobre todo tenerle mucha paciencia; pues los cambios ocurren muy lentamente. Además, se exige mucha objetividad y firmeza para no ser víctima de las tendencias manipuladoras y seductoras que caracterizan al enfermo alcohólico. Pero, sobre todo para no confundir al alcohólico con términos e interpretaciones que carezcan de fundamento y den lugar para ser empleadas por el mismo paciente.

Con este breve enfoque del marco conceptual, a continuación se pasará a describir el programa formal de tratamiento que el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", brinda al paciente alcohólico. Esto permitirá ubicar la importancia de la terapia grupal estudiada, para posteriormente realizar un análisis del contenido de la misma.

#### 4.6.2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES TERAPEUTICAS.

a) Se realizan asambleas con los pacientes una vez a la semana, en donde se reúnen todos los usuarios hospitalizados, con el equipo técnico interdisciplinario, a fin de plantear quejas y sugerencias respecto a la atención y servicios que se brindan en la institución.

b) Se orienta a los pacientes en actividades encaminadas a ilustrar sobre tópicos referentes al proceso salud-enfermedad mental, así como el tipo de medicamentos que se utilizarán. También se aborda la relación médico-paciente y demás temas importantes para la identificación, tratamiento y prevención de las alteraciones mentales.

c) Se llevan a cabo sesiones de terapia cognitiva, que son una serie de actividades terapéuticas y de rehabilitación, dirigidas por el personal técnico del piso en forma grupal, a fin de activar funciones cognitivas y perceptuales.

e) Se planean terapias recreativas, que son actividades realizadas en el jardín del hospital y coordinadas por el equipo técnico de terapia ocupacional y recreativa.

f) Se desarrollan terapias ocupacionales, que son actividades ergoterapéuticas realizadas en los talleres de terapia ocupacional del hospital y dirigidas por terapeutas que se hacen cargo de estos talleres.

g) Se coordinan grupos de orientación a familiares de los pacientes que se reúnen semanalmente con el equipo interdisciplinario del piso, para informarles sobre diversos temas del proceso salud-enfermedad mental, prevención, así como de información previa a la actividad de puertas abiertas.

h) En cuanto a la actividad de puertas abiertas, los familiares entran a la sección de hospitalización, acompañados por el equipo interdisciplinario del piso a convivir con los pacientes y pueden aprender a relacionarse con ellos aún estando bajo una etapa aguda.

i) Finalmente, llegamos a las sesiones de psicoterapia grupal, en la cual se reúne a un grupo de pacientes con un terapeuta, un coterapeuta y un observador, para desarrollar una dinámica grupal que tiene como finalidad promover la conciencia de enfermedad y la aceptación y adherencia al medicamento.

#### **4.6.3. CRITERIOS PARA LA INTEGRACION DE GRUPOS TERAPEUTICOS QUE SE SIGUEN CON TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

1.- Se incluyen en la terapia a los pacientes que están en mejores condiciones mentales para participar en ella, no importando el diagnóstico del paciente para la selección.

2.- Un grupo puede estar formado por pacientes: epilépticos, esquizofrénicos, depresivos, hipomaniacos, alcohólicos y farmacodependientes, entre otros.

3.- Son grupos abiertos donde se incorpora y salen pacientes en cada sesión terapéutica.

4.- El papel de terapeuta lo puede desempeñar un psiquiatra adscrito, un médico residente, un psicólogo adscrito o pasante de psicología.

Estos criterios, si bien han estado funcionando a lo largo de un tiempo, cabe la posibilidad de que no estén cumpliendo con los objetivos que se han delimitado para la ejecución de éste servicio, ya que la estrategia psicoterapéutica no contempla el seleccionar a los grupos de acuerdo al diagnóstico y evolución de su padecimiento, lo que implica que al ser heterogéneos en su composición, se pierda de vista los componentes etiológicos y el curso de la evolución de cada padecimiento en particular. Lo que bien puede constituir una variable extraña, que es necesario subrayar en cuanto a los efectos que ésto pueda suscitar en el mejoramiento esperado de los enfermos alcohólicos.

#### **4.6.4. BASES Y PROPÓSITOS ESPECÍFICOS DE LA TERAPIA GRUPAL PARA ALCOHOLICOS.**

El tratamiento se basa en un modelo médico, dado la connotación de enfermedad multifactorial al problema del alcoholismo y donde el criterio básico de mejoría es la abstinencia absoluta. Todo ésto parte de la base de que el alcoholismo es una enfermedad de evolución irreversible y expresada en pérdida de control sobre el consumo de alcohol.

Por ello se refuerza la abstinencia absoluta para los miembros del grupo, por presentar la mayoría de ellos un daño orgánico irreversible, además de recaídas, y fracasos múltiples en grupos de A.A. Lo que indica que estos pacientes han fallado en el aprendizaje de un consumo controlado.

Los propósitos generales de esta terapia, son los siguientes:

- a) Fomentar en el paciente el conocimiento de su enfermedad y las graves consecuencias de la misma, si no se trata adecuadamente,
- b) Aceptación de su enfermedad y de la abstinencia al alcohol,
- c) Autoconocimiento y autoaceptación de sus características de personalidad y de sus conflictos emocionales, y
- d) Superación de los sentimientos de culpa y autodevaluación provocados por su alcoholismo.

#### 4.6.5. METAS A ALCANZAR EN LA PSICOTERAPIA GRUPAL.

En las metas que se proponen, se revisa lo siguiente:

- 1.- Definición de alcoholismo,
- 2.- Complicaciones médicas y psiquiátricas del alcoholismo,
- 3.- Fases del alcoholismo:
  - a) Inicial: (bebe más de lo acostumbrado)
  - b) Crítica: (depresión, pérdida de control, desaliño personal)
  - c) Aguda: (bebe para morir).
- 4.- Repercusiones laborales, familiares y sociales del alcoholismo,
- 5.- Repercusiones a nivel fisiológico del alcoholismo, principalmente en el sistema nervioso central y periférico.

- 6.- Neurosis y psicosis en el enfermo alcoholico
- 7.- Esquema estructural de la personalidad,
- 8.- Análisis de la personalidad en base a la teoría del análisis transaccional de Eric Berne,
- 9.- Impulsores de beber,
- 10.- Recaídas,
- 11.- Rehabilitación y tratamiento, y
- 12.- Abstinencia, sobriedad y progreso

Tales metas a corto, mediano y largo plazo, se apoyan de manera gradual en la teoría del análisis transaccional de Eric Berne. Esta teoría permite, una explicación clara y sencilla del desarrollo de la personalidad, su funcionamiento intrapsíquico y de la conducta intrapersonal. Además, es una psicoterapia sistemática que busca el crecimiento y cambio personal, permitiendo analizar y comprender las relaciones y comunicaciones que establece el individuo con otras personas.

Noriega, (1990) establece que: " El objetivo del análisis transaccional, es el logro de la autonomía, es decir, la recuperación en la persona de tres capacidades básicas: a) conciencia de realidad, lo que significa vivir el aquí y ahora, habiendo resuelto asuntos pendientes del pasado, b) espontaneidad, que se refiere a contar con diversas opciones que permitan la resolución de problemas y el desarrollo del propio potencial, y c) intimidad, lo cual significa poder compartir nuestros genuinos sentimientos emotivos, con otras personas, mostrarnos auténticamente y ser aceptados como tales.

#### 4.6.6 FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL.

La teoría del análisis transaccional, esta fundamentada en un modelo decisional, es decir, postula que cada uno de nosotros aprendemos conductas específicas y decidimos sobre un plan de vida. Sin embargo, también se reconoce que nuestras decisiones de la infancia están fuertemente influenciadas por los padres y otras persona significativas a esa edad.

También, pone énfasis en que las personas que han decidido su propio plan de vida, tienen el poder personal de cambiar este plan, tomando nuevas redecisiones con respecto a sus objetivos. (41)

El análisis transaccional, para su estudio, se ha dividido en el análisis del estado del yo, de las transacciones, de los juegos psicológicos y de los guiones.

##### Analisis del estado del Yo.

Los estados del yo son fenómenos de conducta observables y se pueden identificar a través de los signos de conducta que son: palabras, tono de voz, gestos, expresión facial y actitud corporal. Asimismo, se establecen tres estados del yo que forman parte de la estructura de la personalidad y los tres mantienen contacto con el medio ambiente.

Tales estados, en un lenguaje simple y familiar, el analisis transaccional los divide en : estado niño, adulto y padre.

El estado niño implica las conductas espontáneas, la curiosidad, el cambio, la creatividad, la alegría y funciona básicamente bajo el principio del placer.

El estado adulto carece de emotividad y funciona bajo el principio del deber.

El estado del yo padre, ésta formado por la introyección e identificación de los padres o figuras parentales importantes durante la infancia, es una colección de actitudes, pensamientos, conductas y sentimientos que la persona ha tomado de fuentes externas y que al introyectarlas, pasan a ser parte de su personalidad y de la forma como establece sus relaciones interpersonales. Ahora bien, la estructura del padre-adulto y niño operan de uno en uno a la vez, o sea, que la persona esta siempre en un estado no pudiendo estar nunca en dos o más estados.

La transacción consiste en un estímulo y una respuesta entre dos estados de la personalidad específicos, cuando dos o más individuos buscan comunicarse entre sí.

Las transacciones ulteriores son aquellas que contienen un doble mensaje. La comunicación puede ser tanto verbal como no verbal.

Algunas veces decimos algo con palabras y nuestros gestos o actitudes están diciendo algo distinto, es decir, existe un mensaje oculto del tipo de transacciones que establecen las personas y de los cuales se derivan los llamados juegos y guiones de la vida.

#### **Juegos psicológicos**

La manera como una persona desarrolla su guión de vida, es a través de los juegos psicológicos.

Eric Berne definió los juegos de la siguiente manera: " un juego es una serie de transacciones ulteriores, complementarias, que progresan hacia un resultado previsto y bien definido. Descriptivamente, es un conjunto de transacciones recurrentes, frecuentemente prolijas, superficialmente plausibles, con una motivación oculta; o en un lenguaje familiar, una serie de jugadas con una trampa o truco". (41)

Todos los juegos como lo establece Eric Berne, son repetitivos y terminan en un pago final, que consiste en confirmar una y otra vez, determinados pensamientos, sentimientos y creencias, sobre nosotros mismos y las transacciones interpersonales que establecemos. Donde el pago final es una confirmación de algunas de nuestras decisiones tempranas, sobre la cual está fundamentada nuestra personalidad y por lo consiguiente nuestro guión de vida.

De manera particular, las dinámicas que se desarrollan con los pacientes alcohólicos, están encaminadas a lograr una mejor comprensión, tanto de su personalidad, como de la manera como establecen sus transacciones, y qué estado de su personalidad predomina en cada una de ellas.

En cuanto a sus ventajas, la teoría transaccional presenta las siguientes características:

- 1.- Se emplea un lenguaje sencillo y familiar que permite una alianza más humana entre terapeuta y paciente, lo que lleva a una mayor comunicación y entendimiento.
- 2.- Se enfatiza la responsabilidad como base para el cambio del paciente, y

3.- Se considera que la psicoterapia de grupo basada en la Teoría del Análisis Transaccional, es un proceso a través del cual el paciente puede llegar a tener un conocimiento de su forma de pensar, de su comportamiento y de la forma como establece sus relaciones interpersonales. Esta técnica también ofrece la posibilidad, de enseñar un proceso de pensamiento más sano a través del reemplazo de premisas irracionales por otras más razonables, que permitan al paciente sentirse bien consigo mismo, ya que cambiando lo que piensa, podrá cambiar lo que siente.

Las expectativas en cuanto a las alternativas terapéuticas, que hasta hoy han venido funcionando como verdaderos pilares de rehabilitación, no dejan de ser efímeras ante la progresiva evolución que en nuestro ámbito nacional, ha tenido el consumo de alcohol. Lo que nos lleva a reflexionar cuán importante es su control y prevención, pero sobre todo, el conocimiento peculiar del individuo que llega a caer en un cuadro agudo o crónico. Por lo que al final de éste cuarto capítulo, es muy probable que muchas de las preguntas que surgen alrededor del alcoholismo, aún no tengan una respuesta objetiva y saludable, que nos lleve a un marco de prevención efectivo, como tampoco es probable que este "mal" social desaparezca de la noche a la mañana. Es tanto su arraigo y tanta la dependencia que alrededor de ella se aferrarán tantos adeptos, que el estudio que se presenta en esta investigación, pueda parecer bastante obvia en cuanto a los resultados que se esperan encontrar.

No obstante, instituciones como el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", ante este reto contribuyen con su "grano de arena", al tratar de rehabilitar y de reestablecer, aún con todas las limitaciones existentes, a todos aquellos enfermos mentales que acuden en busca de auxilio.

Por lo que ante tales consideraciones, sólo me resta ejemplificar, cuán importante es la atención que merecen los enfermos alcohólicos, a aplicárseles una terapia grupal que pretenda mejorar su autoconcepto y una estructura de personalidad más fuerte y sana, cuando todo parece estar en contra: los trastornos psiquiátricos y la abstinencia al suspender la ingesta de alcohol.

Veamos entonces a continuación, cómo a través de una metodología empleada, sea posible encontrar resultados satisfactorios, cuando es llevado a cabo todo un sistema de atención en las alteraciones psiquiátricas del alcoholismo.

## CAPITULO V

### METODOLOGÍA

#### 5.1. PLANTAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

Las acciones de atención psicoterapéutica, sobre todo en pacientes psiquiátricos que han presentado cuadros de psicosis por alcoholismo crónico, desgraciadamente no ha despertado el interés que debiera, existiendo un escaso desarrollo de estas acciones en los Hospitales Psiquiátricos del Sector Salud en nuestro país. Esto adquiere relevancia en el campo de la prevención y la rehabilitación ya que cuando el psicólogo, el médico o el psiquiatra quieren emprender algún tipo de terapia a éste nivel y con éste tipo de pacientes, se encuentran con una información muy insuficiente en cuanto a métodos empleados y el grado de avance que estos puedan mostrar en el ámbito de la rehabilitación.

Enfocando tal situación, se eligió al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" por ser uno de los más representativos en este sector y porque además, practica una terapia grupal para pacientes alcohólicos que viene realizándose desde 1989 a la fecha, pero de la cual aún no existen antecedentes teóricos ni prácticos, que sustenten sus avances y su eficacia en los pacientes que sufren de alcoholismo crónico.

Considerando esta investigación, como una aproximación al problema existente en cuanto a la atención que se les brinda a dichos pacientes en los Hospitales Psiquiátricos, así como de la

metodología empleada y de la efectividad en los programas de psicoterapia, se hace imprescindible formular las siguientes preguntas de investigación:

¿Es viable o no la terapia grupal para tratar casos de alcoholismo crónico a nivel psiquiátrico?, y

¿Cuáles serán los efectos de dicha terapia, en el autoconcepto y rasgos de personalidad de los pacientes?.

## 5.2 HIPOTESIS.

Los argumentos planteados, aunados al objetivo general que propone la evaluación de los efectos de la psicoterapia grupal en el autoconcepto y personalidad de dichos pacientes, nos lleva a formular las siguientes hipótesis:

H<sub>0</sub> "EL AUTOCONCEPTO DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS, NO OFRECE DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUES DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA DE GRUPO".

H<sub>1</sub> "EL AUTOCONCEPTO DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS, SI OFRECE DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUES DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA DE GRUPO".

H<sub>0</sub> "LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS, NO OFRECEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUES DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA DE GRUPO".

H<sub>2</sub> "LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS, SI OFRECEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUES DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA DE GRUPO".

### **5.3 VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE: PSICOTERAPIA GRUPAL.  
VARIABLES DEPENDIENTES: AUTOCONCEPTO Y RASGOS DE  
PERSONALIDAD.

### **5.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.**

#### **V.I PSICOTERAPIA GRUPAL:**

"La psicoterapia de grupo es una modalidad de tratamiento, en la que el terapeuta, por medio de una variedad de construcciones teóricas y técnicas terapéuticas, utiliza la interacción de los miembros del grupo, que han sido seleccionados y colocados en grupos especialmente organizados, para efectuar un cambio de personalidad en los que están emocionalmente enfermos" (Yalom, 1986).

#### **V.D AUTOCONCEPTO:**

"El autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y salud mental" (Fitts, 1965).

#### **V.D. PERSONALIDAD:**

"Organización integrada por todas las características cognoscitivas, afectivas, volitivas y físicas de un individuo, tal como se manifiesta a diferencia de otros" (Howard, 1987).

## **5.5 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.**

### **V.I PSICOTERAPIA GRUPAL:**

Se practica como un grupo abierto, en donde participan de 7 a 12 pacientes en cada sesión, reuniéndose los días lunes, miércoles y viernes con un horario de 17:00 a 18:30 hrs. Desde la primera sesión se informa sobre la etiología, evolución y repercusiones del alcoholismo, tanto a nivel orgánico, social, y psicológico. Además de tratar y fundamentar la personalidad del alcohólico con base a la teoría del análisis transaccional, donde se confronta al paciente con su estado actual, entre otros aspectos (ver págs. 124-128).

### **V.D. AUTOCONCEPTO:**

Se evaluará conforme a la gráfica de resultados, que arrojó la aplicación del test de Autoconcepto de Tennessee.

### **V.D. PERSONALIDAD:**

Se evaluará conforme a las puntuaciones obtenidas en el perfil del Cuestionario Investigativo de la Personalidad (C.P.I.).

## **5.6 SUJETOS**

Se eligió una muestra de 25 pacientes, de sexo masculino, con edades que oscilaban entre los 19 y 45 años, y con una escolaridad promedio de secundaria. En su aceptación a la muestra, también se considero que hayan ingresado al Hospital con un diagnostico inicial de psicosis alcohólica, lo que fue verificado posteriormente con la aplicación de la Historia clínica psiquiátrica codificada para alcohólicos (HCPCA).

### **5.7. CARACTERISTICAS DEL MUESTREO.**

La muestra es considerada no aleatoria, pero sí intencional ya que el investigador selecciona a la muestra de acuerdo a ciertos criterios de inclusión, los cuales son indispensables a fin de observar el máximo de rendimiento, tanto en las sesiones de terapia grupal como en la adecuada contestación de los instrumentos psicológicos seleccionados.

Tales criterios de inclusión, a fin de subrayarlos, fueron los siguientes:

- a) Que el paciente no presente alteraciones en la esfera de orientación: tiempo, espacio y lugar.
- b) Tampoco, alteraciones en la sensopercepción: alucinaciones auditivas o visuales.
- c) Que el paciente se mostrara mentalmente apto, para comprender y responder apropiadamente a los reactivos de los instrumentos psicológicos, y
- d) Que el paciente haya dado su consentimiento verbal, a fin de observar su desenvolvimiento en la terapia grupal y pudieran practicársele exámenes psicológicos.

### **5.8 TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y longitudinal. Es observacional debido a que no se controla ninguna variable.

Descriptivo porque sólo se cuenta con una sola población y, es longitudinal, porque se miden en dos ocasiones las variables implicadas, existiendo un seguimiento del número de sesiones de la terapia grupal que recibió cada sujeto de la muestra.

### 5.9 DISEÑO

Diseño pre experimental de un grupo, con medida pre y post.  
( M1 -- T -- M2 )

Este diseño implica que la personalidad y el autoconcepto de los sujetos de la muestra, se mida antes (M1) y después (M2) de la administración del tratamiento.

### 5.10 INSTRUMENTOS

#### ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

Creada por William H. Fitts.- Evalúa la autoestima total del individuo, cuyo conocimiento propicia la comprensión y el estudio de su autoevaluación. La escala consta de 100 afirmaciones autodescriptivas, que valorarán dos marcos de referencia: el interno y el externo. El interno se compone de tres hileras que significan:

Hilera 1 ("Esto es lo que yo soy").

Hilera 2 ("Esto es como yo me siento conmigo mismo").

Hilera 3 ("Esto es lo que yo hago").

El marco de referencia externo se compone de cinco columnas, que evaluarán:

Columna A (Yo Físico).

Columna B (Yo Etico - Moral).

Columna C (Yo Personal).

Columna D (Yo Familiar).

Columna E (Yo Social).

Otro puntaje es el de AUTOCRITICA, que se compone de diez reactivos tomados de la escala "L" del MMPI. Son afirmaciones ligeramente derogativas que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones, son generalmente defensivos o resistentes, realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos.

El puntaje de VARIABILIDAD, evalúa la consistencia o inconsistencia de una área de autoapercpción a otra, es decir, entre hileras y columnas. Y uno de los puntajes más importantes, es el de puntaje TOTAL POSITIVO, el cual refleja el NIVEL TOTAL DE AUTOESTIMA de todo el perfil y en el que se integran los dos marcos de referencia antes mencionados.

Por lo que respecta al puntaje "T" se han establecido parámetros de normalización, que nos permiten saber que tanto se devia una puntuación de la normalidad estadística, y de esta forma discriminar si un puntaje puede ser considerado Alto, Moderado o Bajo.

Tales parámetros han quedado de la siguiente forma:

- PUNTAJE ALTO RELEVANTE (P.A.R.) T61 a 100.
- TENDENCIA ALTA SIGNIFICATIVA (T.A.S) T55 a 60.
- ZONA NORMALIZADA ESTADISTICA (Z.N.E.) T46 a 54.
- TENDENCIA BAJA SIGNIFICATIVA (T.B.S) T41 a 45.
- PUNTAJE BAJO RELEVANTE (P.B.R.) T10 a 40

La escala es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico: desde sujetos sanos y bien ajustados, hasta pacientes psicóticos. También puede ser aplicado tanto individual, grupal o hasta autoadministrable, a sujetos de ambos sexos desde la edad de doce años en adelante, cuidando que presenten un nivel escolar de sexto año de primaria como mínimo. El tiempo que lleva la aplicación es de 10 a 20 minutos.

#### TEST: CUESTIONARIO INVESTIGATIVO DE LA PERSONALIDAD

(C.I.P). Autor Miguel Angel Escotet, Ph. D. (Caracas, Venezuela).

Objetivo: Esta destinada a explorar y medir la problemática de la personalidad, expresada en manifestaciones de conducta y relacionadas con los siguientes aspectos de la personalidad:

COMPORTAMIENTO PERSONAL (P). Esta área trata de descubrir aquellos desajustes que incumben directamente a la intimidad de la persona, relacionados con cualquier tipo de problemática o neurosis, como consecuencia de la no aceptación de la realidad circundante.

COMPORTAMIENTO FAMILIAR (F). Esta área muestra las actitudes del individuo frente a sus padres o hermanos. El grado de seguridad o integridad que encuentra en el hogar. En el sentido de satisfacción o insatisfacción que se deriva de sus relaciones familiares.

COMPORTAMIENTO PATOLOGICO (CP). Como en todas las demás áreas, el desajuste en el área de comportamiento patológico se revela mediante un puntaje alto. Como el nombre lo indica se trata de problemas graves como la psicosis en general o neurosis muy avanzada.

COMPORTAMIENTO SEXUAL (Sx). Se trata de descubrir el desajuste heterosexual normal y realista, las posibles desviaciones sexuales y, en términos generales, la problemática sexual del individuo.

COMPORTAMIENTO SOCIAL (S). Revela la poca facilidad de desenvolverse en situaciones sociales, relaciones insatisfactorias con sus compañeros, amigos y otras personas en general.

SINCERIDAD (Si). En esta área no se trata de demostrar ningún desajuste, su finalidad es comprobar la validez de las respuestas dadas. Cuando el puntaje supera la media, la prueba se considera válida. En cambio cuando ésta por debajo de ella, demuestra que el cuestionario no ha sido contestado con sinceridad, ya sea porque el examinado trata de ocultar algo, o porque no se han entendido las preguntas, o por falta de interés verdadero en la ejecución de la prueba.

#### ADMINISTRACION:

Puede aplicarse individual o colectivamente y también autoadministrado. Es aplicable a personas de ambos sexos, y no tiene límite de tiempo. En la mayoría de los casos 30 minutos son suficientes para contestarla.

#### CALIFICACION:

Se utilizan 7 plantillas diseñadas para la hoja de respuestas. Los puntajes burdos se van colocando en el perfil correspondiente al sexo del examinado. Hecho esto se traza la gráfica, para después interpretarlo conforme señalan los percentiles.

Con base en ésta serie de pasos, se integran los resultados parciales de la problemática de la personalidad del examinado en cada una de las áreas antes mencionadas. Pero, también, este instrumento ofrece la posibilidad de integrar esos resultados parciales en lo que el autor denomina CUOCIENTE TENSIONAL (C.T.T.). El C.T.T. es la valoración conjunta de la problemática de la personalidad del individuo, o en otras palabras, la síntesis de la apreciación del grado de ajuste o desajuste de la personalidad del examinado.

#### INTERPRETACION DEL C.T.T.

Según los resultados del C.T.T., el examinado puede catalogarse en uno de los cuatro grupos siguientes:

- 1.- PERSONALIDAD NORMALMENTE AJUSTADA: Cuando el resultado es inferior a 1.00
- 2.- PERSONALIDAD LEVEMENTE DESAJUSTADA: Cuando el resultado oscila entre 1.00 y 1.50
- 3.- PERSONALIDAD MEDIANAMENTE DESAJUSTADA: Cuando el resultado oscila entre 1.50 y 2.00
- 4.- PERSONALIDAD FUERTEMENTE DESAJUSTADA: Cuando el resultado oscila entre 2.00 y 2.50

**HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA CODIFICADA PARA ALCOHOLICOS (HCPCA)**

Es una historia clínica que se utiliza con fines de investigación, ya que orienta hacia la mejor atención del padecimiento, agrupando integralmente las áreas biopsicosociales del individuo que son susceptibles de provocarle algún tipo de incapacidad por consumo excesivo de alcohol, todo ello basado en las recomendaciones que dicta la Organización Mundial de la Salud. Su objetivo es ofrecer lineamientos generales, adaptables a las condiciones particulares de servicio donde se aplique. En ella se recaban los antecedentes, estado y consecuencias de la trayectoria del paciente alcohólico que en su momento puedan ser captados por una unidad médica, y cuyos datos proporcionen información no solamente a nivel médico, psicológico o social, sino también en el orden psiquiátrico. Su estructura se compone de 97 preguntas seleccionadas, divididas en 10 capítulos:

- Capítulo 1.- Se revisan aspectos sociodemográficos y sociomédicos;
- Capítulo 2.- Se evalúan aspectos generales y específicos relacionados al consumo de alcohol, tanto familiares como individuales;
- Capítulo 3.- Se exploran las características del padecimiento actual;
- Capítulo 4.- Se advierte la situación psiquiátrica actual del paciente;
- Capítulo 5.- Se observa el estado físico actual del paciente;
- Capítulo 6.- Se evalúa el estado neurológico actual del paciente;
- Capítulo 7.- Se establece la apreciación nosológica médica que arroja el padecimiento, al momento de la consulta;

- Capitulo 8.- Se refiere al manejo del paciente;
- Capitulo 9.- Se reafirma a la apreciación nosológica y posibilidades que el proceso pueda asumir, y
- Capitulo 10.- Se refiere al registro de información adicional según lo estipulado en el procedimiento.

#### **POBLACION Y CONSIGNA**

La HCPCA puede aplicarse a todo paciente que demande consulta por alcoholismo o a los sospechosos de "caso" dentro de la unidad médica o fuera de ésta sin importar sexo, edad, lugar de residencia, estado socioeconómico u otros.

#### **APLICACIÓN O PROCEDIMIENTO**

La HCPCA la aplica un psiquiatra, un residente o un médico general adiestrado, de ser posible en el primer contacto con el paciente o sospechoso de caso.

#### **TIEMPO DE APLICACIÓN**

Vigencia abierta según se juzgue conveniente.

#### **5.11 PROCEDIMIENTO**

Una vez aceptado el proyecto de investigación por las autoridades correspondientes, se procedió a integrar la muestra de estudio visitando periódicamente entre febrero y agosto de 1995, a cada uno de los pabellones del hospital a fin de identificar oportunamente a aquellos pacientes que de acuerdo a su estado actual, cumplieran con los criterios de inclusión.

Con este propósito se revisaban los expedientes dos veces por semana y así ubicar y reconocer los nuevos ingresos por psicosis alcohólica. En la revisión de los expedientes se ponía especial atención en la verificación del diagnóstico clínico, el tiempo de internamiento, la evolución del padecimiento y el actual estado mental del paciente.

Conforme se iban identificando a los posibles candidatos de la muestra, hasta llegar a un total de 25, se procedía a realizar una entrevista individual dentro de su pabellón con el fin de comprobar los datos de los expedientes antes descritos, aparte de determinar que los ya seleccionados no hayan asistido a ningún tipo de sesión psicoterapéutica por el momento.

Habiendo cumplido con este paso, los pacientes que cubrían los requisitos de inclusión, se remitían con el terapeuta de grupo quien a su vez, les practicaba un examen mental con el fin de decidir su inclusión a la terapia. Siendo autorizada la inclusión, se buscó el lugar y momento adecuados, para la administración en primer término de la HCPCA y un día después aplicarles el Test de Autoconcepto y el CIP.

Cabe mencionar, que la aplicación de tales instrumentos fue una tarea un tanto laboriosa y difícil, dadas las circunstancias por las que atraviesan este tipo de pacientes y sobre todo, por los efectos que los medicamentos causan en su estado de ánimo. Por lo mismo, se tomó la decisión de ser muy sistemáticos en cuanto al abordaje de las aplicaciones, ya que se tuvo que ser muy persuasivos para que aceptarían colaborar. Entre otras cosas, en casi todas las aplicaciones individuales tenían que leerseles reactivo por reactivo e inclusive hasta contestar por ellos, cada una de las respuestas que iban dando, especialmente en el test de Autoconcepto.

Las áreas físicas de aplicación fueron las que dentro del pabellón se prestarán a tener las mejores condiciones ambientales, eligiéndose el comedor o el aula donde se lleva a cabo la terapia grupal de piso.

Una vez efectuadas las aplicaciones, se acompañaba a cada uno de los sujetos que iban formando parte de la muestra y observar desde su inicio cómo se desenvolvían y ajustaban a las sesiones psicoterapéuticas, y con ésto tener un control y seguimiento de cada una de sus nueve participaciones dentro de la terapia.

El haber considerado nueve sesiones como básicas para el seguimiento y observación metodológica de la muestra, fue el resultado de un análisis previo, que en forma conjunta, fue llevado acabo con los responsables del departamento de enseñanza del Hospital y con el encargado de la terapia de grupo, quienes al revisar los expedientes de aquellos pacientes que en el pasado habían mostrado mejoría o progreso a través de las sesiones en el tiempo que estuvieron hospitalizados, concluyeron que tal numero de sesiones representaba a lo largo de su estancia hospitalaria el promedio de asistencias más relevante.

El seguimiento consistió en registrar cada una de las asistencias y el comportamiento que mostraban a lo largo de las sesiones hasta que completaban nueve en total, considerando de manera especial su interés, la forma como participaban y su apego al tratamiento que tenían indicado.

Como era de esperarse, la asistencia a cada una de las sesiones fue bastante inconsistente, dadas las condiciones o gravedad de cada caso, lo que en ocasiones los hacía desistir para seguir adelante interrumpiendo su participación continua.

Inclusive, con algunos de ellos tuve que intervenir a fin de motivarlos para que completaran sus nueve sesiones.

Al término de tres meses y medio aproximadamente, dentro de los ocho meses que duró el trabajo de campo, se concluyó el registro de tales eventos. No sin antes mencionar, que como no todos terminaban con sus nueve sesiones al mismo tiempo, se tuvo que ir aplicando el retest (Autoconcepto y CIP) conforme cumplían con éste requisito, llamándome la atención que prácticamente se tuvo que hacer lo mismo que en la primera aplicación. No obstante, llegue a notar que existía en algunos pacientes una mayor disposición e interés al contestar las preguntas, lo que para mi fue bastante estimulante, ya que pude experimentar desde un principio lo difícil y drámatico que es para una persona, el poder recuperarse lentamente y comprender la gravedad de su propia enfermedad.

## CAPITULO VI

## ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1. Resumen de los cinco capítulos más importantes de la historia clínica psiquiátrica codificada para alcohólicos (HPCPA).

Capítulo 1. características demográficas de la muestra estudiada

Cuadro # 1 (Rangos de edad).

Sexo: Masculino.		N= 25	
Rangos de edad:	fr	%	
De 20 a 25	8	32.0	
De 26 a 30	2	8.0	
De 31 a 35	8	32.0	
De 36 a 40	2	8.0	
De 41 a 45	5	20.0	
Total	25	100%	

Observaciones: El rango de 20 a 25 y de 31 a 35 años de edad, son los más significativos, sobre todo por ser etapas de más productividad en el ser humano.

Cuadro # 2 (Estado civil)

Edo. civil	fr	%	
soltero	11	44.0	
casado	9	36.0	
unión libre	4	16.0	
separado	1	4.0	
Total	25	100%	

Observaciones: Al parecer el estado de soltería, se muestra como más propicio en el consumo de bebidas embriagantes.

Cuadro # 3 (Religión).

Religión actual:	fr	%
católico	11	44.0
protestante	8	32.0
testigo de jehová	1	4.0
ninguna	3	12.0
otra	2	8.0
Total	25	100%

Observaciones: El predominio de la religión católica, sigue siendo fundamental, sobre todo por las estrategias derivadas de grupos como A.A.

Cuadro # 4 (Escolaridad)

Grado max. de estudios:	fr	%
primaria incompleta	2	8.0
primaria completa	6	24.0
secundaria incompleta	4	16.0
secundaria completa	4	16.0
preparatoria incompleta	2	8.0
preparatoria completa	3	12.0
est. comerc. y/o técnicos	2	8.0
profesional	2	8.0
Total	25	100%

Observaciones: Es importante denotar, que es muy probable que los estudios irregulares, aunados a un ambiente propicio para el alcoholismo, sean una de las causas más frecuentemente encontradas.

Cuadro # 5 (Ocupación)

Ocupación actual:	fr	%
Profesional	2	8.0
empresario o directivo	1	4.0
burócrata	1	4.0
empleado	5	20.0
oficio mayor u obrero	4	16.0
obrero	4	16.0
labores domésticas	1	4.0
empleos esporádicos	1	4.0
desempleado	6	24.0
Total	25	100%

Observaciones: Es importante subrayar que el 24% de la muestra se encuentra desempleada, lo que lamentablemente puede aumentar si a ésto agregamos la gravedad del padecimiento y el espacio de internamiento Hospitalario.

Cuadro # 6 (Procedencia)

Origen (procedencia):	fr	%
Distrito federal	16	64.0
Estado de México	5	20.0
Otros Estados	4	16.0
Total	25	100%

Observaciones: En relación al origen de procedencia de los pacientes, se encuentra que la muestra es bastante representativa del D.F. y del Estado de México.

Cuadro # 7 (Lugar de referencia).

Referido por:	fr	%
nadie (sí mismo)	1	4.0
familiar	18	72.0
Institución médica	3	12.0
Grupo de A.A	1	4.0
Otro	2	8.0
Total	<u>25</u>	<u>100%</u>

Observaciones: El 72% de los pacientes estudiados fueron referidos por familiares y solamente el 12% por alguna institución médica.

Cuadro # 8 (Decisión voluntaria de internamiento)

¿Acude voluntariamente?	fr	%
Sí	18	72.0
No	7	28.0
Total	<u>25</u>	<u>100%</u>

Observaciones: El 72% de la muestra indicó, que acudió voluntariamente a la institución, sin embargo, como sabemos, uno de los requisitos para que el paciente sea internado es que muestre un cuadro de psicosis alcohólica; por lo que difícilmente el paciente puede decidir ir al Hospital en forma voluntaria.

Cuadro # 9 (Deseo de rehabilitación).

¿Desea tratar su alcoholismo?		
	fr	%
Sí	22	88.0
No	7	12.0
Total	25	100%

Observaciones: El 88% de la muestra contestó que sí desea tratar su alcoholismo. Esto podría señalar que al principio del internamiento existe en la mayoría de los pacientes una actitud positiva con respecto al tratamiento especializado de su padecimiento.

Cuadro 10 (Conciencia de enfermedad)

¿Le perjudica su alcoholismo?		
	fr	%
a) físicamente?		
Sí	19	76.0
No	6	24.0
b) ¿mental o emocionalmente?		
Sí	21	84.0
No	4	16.0
c) ¿familiarmente?		
Sí	20	80.0
No	5	20.0
d) laboralmente?		
Sí	21	84.0
No	4	16.0
e) económicamente?		
Sí	21	84.0
No	4	16.0
f) legalmente?		
Sí	16	64.0
No	9	36.0

Observaciones: En promedio, un 80% de la muestra reconoció que el alcoholismo los afecta: física, mental, familiar, laboral y económicamente.

---

**Capítulo 2 Antecedentes patológicos**


---

Cuadro # 11 (Antecedente de patología alcohólica)

Antecedentes familiares patológicos alcohólicos:		
a) padre	fr	%
Sí	16	64.0
No	9	36.0
b) madre	fr	%
Sí	6	24.0
No	19	76.0
c) hermanos	fr	%
Sí	10	40.0
No	14	56.0
No aplicable	1	4.0
d) Tíos	fr	%
Sí	12	48.0
No	14	56.0
No aplicable	1	4.0
Abuelos	fr	%
Sí	9	36.0
No	16	64.0

Observaciones: En los antecedentes familiares patológicos de la muestra, se encontró que: el 64 % de los sujetos tuvo o tiene un padre alcohólico, el 24% una madre alcohólica, el 40% un hermano alcohólico, el 48% un tío alcohólico, y el 36% un abuelo alcohólico. Estos datos revelan la probabilidad o el impacto, no solo de imitación de modelos perjudiciales, sino también de componentes genéticos.

Cuadro # 12 (Asociación con el tabaquismo).

Tabaquismo:		
	fr	%
a) tiempo		
No aplicable	4	16.0
Hasta 5 años	6	24.0
Mas de 5 años a 10 años	2	8.0
Más de 10 a 15 años	4	16.0
Más de 15 años	9	36.0
	25	100%
Total		
b) promedio de cigarrillos por día, en los últimos 2 años.		
	fr	%
0	4	16.0
De 1 a 5	8	32.0
De 6 a 10	2	8.0
De 16 a 20	6	24.0
De 31 a 40	1	4.0
No aplicable	4	16.0
	25	100%
Total= 25		
Observaciones: En relación a la adicción al tabaquismo, se encontró que el 84% de los sujetos, reconoció una adicción al tabaco de cinco años como mínimo.		

---

**Capítulo III. Padecimiento actual**


---

Cuadro # 13 (Edad de iniciación al alcoholismo)

Edad a la que se inició la ingestión:	fr	%
12 años	2	8.0
13 años	2	8.0
14 años	3	12.0
15 años	7	28.0
16 años	5	20.0
19 años	1	4.0
20 años	1	4.0
22 años	1	4.0
23 años	1	4.0
28 años	2	8.0
	Total= 25	100%

Observaciones: Respecto a la edad en que los sujetos iniciaron la ingestión alcohólica, se observa que el 80% de los sujetos empezó antes de los 20 años.

Cuadro # 14 (Ingestión compulsiva).

Edad a la que inicio la ingestión compulsiva.	fr	%
A los 15 años	5	20.0
A los 16 años	3	12.0
A los 20 años	3	12.0
A los 21 años	3	12.0
A los 22 años	2	8.0
A los 26 años	1	4.0
A los 28 años	1	4.0
A los 30 años	2	8.0
A los 31 años	1	4.0
A los 35 años	2	8.0
A los 38 años	2	8.0
	Total= 25	100%

Observaciones: La ingestión compulsiva inició en un 32% de los sujetos, antes de los 20 años.

Cuadro # 15 (Promedio de ingestión en el último año)

Promedio máximo de ingestión en el último año activo.		
	fr	%
De 1 a 3 días	8	32.0
De 4 a 7 días	7	28.0
De más de 1 semana a 1 mes	6	24.0
De más de 1 mes a 3 meses	3	12.0
De más de 9 meses a 12 meses	1	4.0
Total=	25	100%

Observaciones: El promedio máximo de ingestión alcohólica en el último año activo, fue de 1 a 7 días en un 60% de los sujetos.

Cuadro 16 (Periodo de abstinencia en el último año).

Periodo máximo de abstinencia en el último año activo.		
	fr	%
De 4 a 7 días	3	12.0
De más de 1 semana a 1 mes	5	20.0
De más de 1 mes a 3 meses	5	20.0
De más de 3 meses a 6 meses	2	8.0
De más de 6 meses a 9 meses	4	16.0
De más de 9 meses a 12 meses	6	24.0
Total=	25	100%

Observaciones: El 60% de los sujetos, reportó un periodo de abstinencia alcohólica de menos de 6 meses.

Cuadro # 17 (Duración de la última ingestión alcohólica)

Duración de la última ingestión		
	fr	%
De 1 A 3 días	8	32.0
De 4 a 7 días	7	28.0
De más de 1 semana a 1 mes	6	24.0
De más de 1 mes a 3 meses	1	4.0
De más de 3 meses a 6 meses	1	4.0
De más de 6 meses a 12 meses	2	8.0
Total=	25	100%

Observaciones: El 60% de los sujetos reportó que su última ingestión duró de 1 a 7 días.

Cuadro # 18 (Promedio de abstinencia actual).

Abstinencia actual.	fr	%
De 1 a 3 días	2	8.0
De 4 a 7 días	5	20.0
De más de 1 semana a 1 mes	11	44.0
De más de 1 a 3 meses	1	4.0
De más de 3 a 6 meses	1	4.0
Más de 6 meses	5	20.0
	<hr/>	<hr/>
	Total= 25	100%

Observaciones: El 44% de los sujetos reporta una abstinencia de ingestión alcohólica de más de una semana a un mes, lo que está fuertemente asociado al tiempo de estancia hospitalaria.

Cuadro # 19 (Incremento de la ingesta alcohólica).

¿Por qué incremento la ingestión?	fr	%
por pérdida objetal	7	28.0
para lograr los afectos	10	40.0
por motivos sociales	7	28.0
otros	1	4.0
	<hr/>	<hr/>
	Total= 25	100%

Observaciones: El 40% de los sujetos informan que incrementarán la ingestión para lograr afectos.

Cuadro # 20 (Voluntad para dejar de beber)

¿Ha intentado dejar de beber?	fr	%
No	1	4.0
con ayuda médica	4	16.0
grupo A.A	9	36.0
Juramentos	7	28.0
Por sí mismos	4	16.0
	<hr/>	<hr/>
	Total= 25	100%

Observaciones: El 96% de los sujetos reporta que ha intentado dejar de beber; ubicándose A.A. como la instancia más solicitada con un 36% .

Cuadro # 21 (Asociación con otras drogas).

¿Consume otras drogas?	fr	%
No	21	84.0
Si	4	16.0

Observaciones: En relación al consumo de otras drogas, el 84% de los sujetos reporta no consumirlas.

Cuadro # 22 (Repercusiones laborales).

Repercusiones laborales del alcoholismo.		
	fr	%
a) Ausentismo		
Si	19	76.0
No	6	24.0
b) Abandono	fr	%
Si	14	56.0
No	11	44.0
c) Desempleo	fr	%
Si	9	36.0
No	16	64.0
d) Despido	fr	%
Si	9	36.0
No	16	64.0
e) Accidentes de trabajo	fr	%
Si	18	72.0
No	7	28.0
f) Problemas con compañeros y/o patrones.	fr	%
Si	16	64.0
No	9	36.0

Observaciones: En relación a las repercusiones laborales del alcoholismo, el 76% reporta ausentismo, el 56% abandono 64% despido, el 72% accidentes de trabajo, y un 64% problemas con compañeros y/o patrones.

Cuadro # 23 (Actitud de la familia hacia el alcohólico).

Actitud de la familia ante el alcoholismo.		
	fr	%
rechazo	13	52.0
indiferencia	1	4.0
ambivalencia	3	12.0
aceptación	8	32.0
	<u>25</u>	<u>100%</u>

Observaciones: El 68% de la muestra, reportó una actitud de rechazo de sus familiares. Este dato concuerda con las escasas visitas que recibieron de los mismos, durante su estancia hospitalaria.

Cuadro # 24 (Repercusiones sexuales)

Repercusión sexual		
	fr	%
No	19	76.0
Si	6	24.0
	<u>25</u>	<u>100%</u>

Observaciones: En relación a la repercusión del alcoholismo en la sexualidad el 24% reportó que sí ha tenido problemas.

Cuadro # 25 (Repercusiones sociales)

Repercusión social.		
a) Mendicidad	fr	%
Si	18	72.0
No	7	28.0
b) Parasitismo social	fr	%
Si	17	68.0
No	8	32.0
c) Robo	fr	%
Si	8	32.0
No	17	68.0
d) Riñas	fr	%
Si	17	68.0
No	8	24.0
f) Accidentes domésticos o viales	fr	%
Si	13	52.0
No	12	48.0
Observaciones: Se reportan altos índices de repercusión social por alcoholismo: mendicidad 72%, parasitismo social 68%, robo 60%, riñas 68%, y accidentes de tránsito 52%.		

---

 Capítulo IV Exploración mental
 

---

Cuadro # 26 (Edad aparente).

	fr	%
mayor	20	80.0
igual	5	20.0
menor	0	0.0
	---	---
Total	25	100%

Observaciones: El 80% de los sujetos se percibe con una edad mayor a la real.

Cuadro # 27 (Postura física)

	fr	%
libre	4	16.0
forzada	21	84.0
	---	---
Total	25	100%

Observaciones: La postura de los sujetos en un 84%, se percibió muy forzada pudiendo deberse a causas físicas, psicológicas o por los efectos secundarios de los medicamentos.

Cuadro # 28 (Actitud del paciente).

	fr	%
coopera	24	96.0
no coopera	1	4.0
	---	---
Total	25	100%

Observaciones: El 96% de los sujetos mostró cooperación al inicio de la investigación.

Cuadro # 29 (Discurso verbal).

a) coherente	fr	%
Si	12	48.0
No	13	52.0
b) espontaneo	fr	%
Si	7	28.0
No	18	72.0
c) reiterativo	fr	%
si	20	80.0
no	5	20.0
d) fugas de ideas	fr	%
NO	21	84.0
Si	4	16.0

Observaciones: El discurso de los sujetos se percibió coherente en un 48% ; espontáneo en un 28% ; reiterativo en un 80%, y sin fugas de ideas en un 16% .

Cuadro # 30 (Contenido ideacional del pensamiento).

a) fobias	fr	%
No	15	60.0
Si	10	40.0
b) obsesiones	fr	%
No	14	56.0
Si	11	44.0
c) compulsiones	fr	%
No	10	40.0
Si	15	60.0
d) ideas suicidas	fr	%
No	9	36.0
Si	16	64.0
e) ideas homicidas	fr	%
No	17	68.0
Si	8	32.0

Observaciones: En relación al contenido ideacional de los sujetos, es importante denotar que un 64% reporta tener ideas suicidas.

Cuadro #31 (Delirios).

a) persecutoris	fr	%
No	13	52.0
Si	12	48.0
b) de grandeza	fr	%
No	11	44.0
Si	14	56.0
c) celotipia	fr	%
No	13	52.0
Si	12	48.0

Observaciones: En este cuadro es relevante, la intromisión en el alcoholismo de los delirios de grandeza.

Cuadro # 32 (Alteraciones de la atención).

	fr	%
Si	12	48.0
No	13	52.0
	-----	-----
	25	100%

Observaciones: 48% de los sujetos mostró problemas de atención, lo que dificultó el desenvolvimiento adecuado del sujeto en la entrevista.

Cuadro # 33 (Alteraciones de la concentración)

	fr	%
Si	12	48.0
No	13	52.0

Observaciones: El 48% de los sujetos mostró problemas de concentración.

Cuadro # 34 (Alteraciones de la abstracción).

	fr	%
Si	15	60.0
No	10	40.0
	----	----
Total	25	100%

Observaciones: El 60% de los sujetos mostró problemas de abstracción.

Cuadro # 35 (Alteraciones de la memoria reciente)

	fr	%
Si	12	48.0
No	13	52.0
	----	----
	25	100%

Observaciones: El 48% de la muestra se percibio con alteraciones en la memoria reciente.

Cuadro # 36 (Alteraciones de la memoria remota)

	fr	%
Si	7	28.0
No	18	72.0
	----	----
	25	100%

Observaciones: Un 28% de los sujetos mostró alteraciones en la memoria remota.

Cuadro # 37 (Alteraciones de orientación en tiempo)

	fr	%
Si	3	12.0
No	22	88.0
	----	----
	25	100%

Observaciones: Tres de los sujetos de la muestra presentaban problemas de orientación en tiempo, por lo que fue necesario esperar a que remitiera ésta alteración para incorporarlos a la terapia grupal.

Cuadro # 38 (Orientación en persona)

	fr	%
Si	3	12.0
No	22	88.0
	<u>25</u>	<u>100%</u>

Observaciones: Solamente un 12% de los sujetos reportó alteraciones en persona.

Cuadro # 39 (Alteraciones de la sensopercepción)

a) alucinaciones auditivas	fr	%
No	13	52.0
Si	12	48.0
b) alucinaciones visuales	fr	%
No	14	56.0
Si	11	44.0
c) alucinaciones gustativas	fr	%
No	21	84.0
Si	4	16.0
d) alucinaciones olfatorias	fr	%
No	21	84.0
Si	4	16.0
e) alucinaciones táctiles	fr	%
No	22	88.0
Si	3	12.0

Observaciones: Es notable encontrar que un 48% de los sujetos, las alucinaciones auditivas sigan siendo las más frecuentes en estos casos.

Cuadro # 40 (Estado afectivo)

a) angustia	fr	%
Si	14	56.0
No	11	44.0
b) depresión	fr	%
Si	17	68.0
No	8	32.0
c) euforia	fr	%
Si	0	0
No	25	100
d) aplanamiento	fr	%
Si	16	64.0
No	9	36.0
e) labilidad	fr	%
Si	13	52.0
No	12	48.0

Observaciones: En este cuadro se verifica la importancia que tiene la depresión en un 68% de los casos.

Cuadro # 41 (Alteraciones en el juicio)

Si	fr	%
	13	52.0
No	12	48.0
	<hr/> 25	100%

Observaciones: El 52% de los sujetos mostraban alteraciones de juicio en el momento de aplicación de la HCPA.

---

**Capítulo V Impresión diagnóstica**

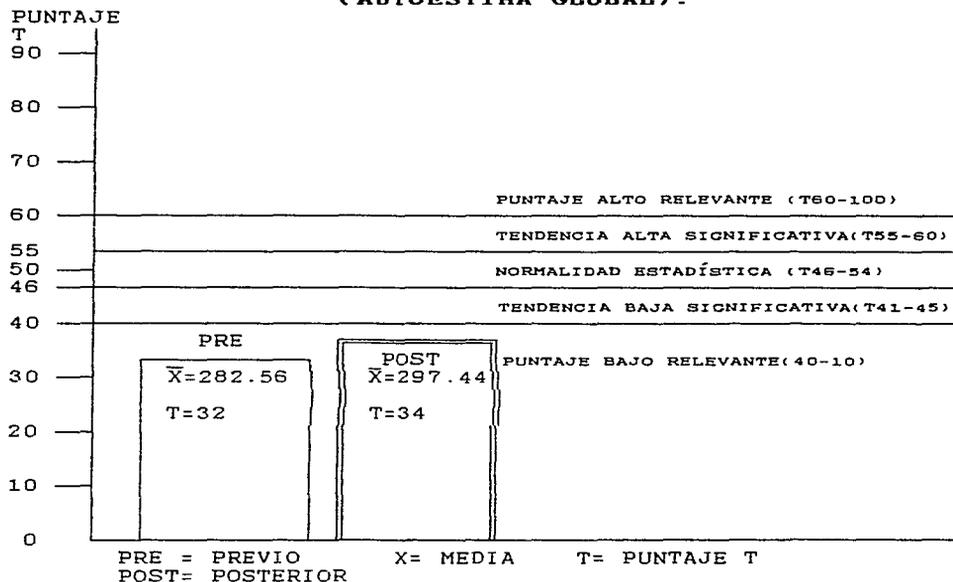

---

Cuadro # 42 (Diagnosis).

a) Delirium tremens		
	fr	%
Sí	8	32.0
No	17	68.0
b) Psicosis alcohólica de Korsakoff		
	fr	%
Sí	0	0
No	25	100
c) Demencia alcohólica y/o síndrome cerebral crónico alcohólico		
	fr	%
Sí	2	8.0
No	23	92.0
d) Alucinosis alcohólica		
	fr	%
Sí	9	36.0
No	16	64.0
e) Celotipia alcohólica (paranoia)		
	fr	%
Sí	4	16.0
No	21	84.0
f) Síndrome de abstinencia alcohólica		
	fr	%
Sí	11	44.0
No	14	56.0
g) Alcoholismo crónico con psicosis		
	fr	%
Sí	25	100
No	0	0
h) Crisis convulsivas (no epilepsia)		
	fr	%
Sí	4	16.0
No	21	84.0
Observaciones: En este cuadro encontramos predominancia de la alucinosis alcohólica (36%) y del síndrome abstinencia alcohólica (44%), lo que en términos generales se suscribe al alcoholismo crónico con psicosis que se observa en un 100%.		

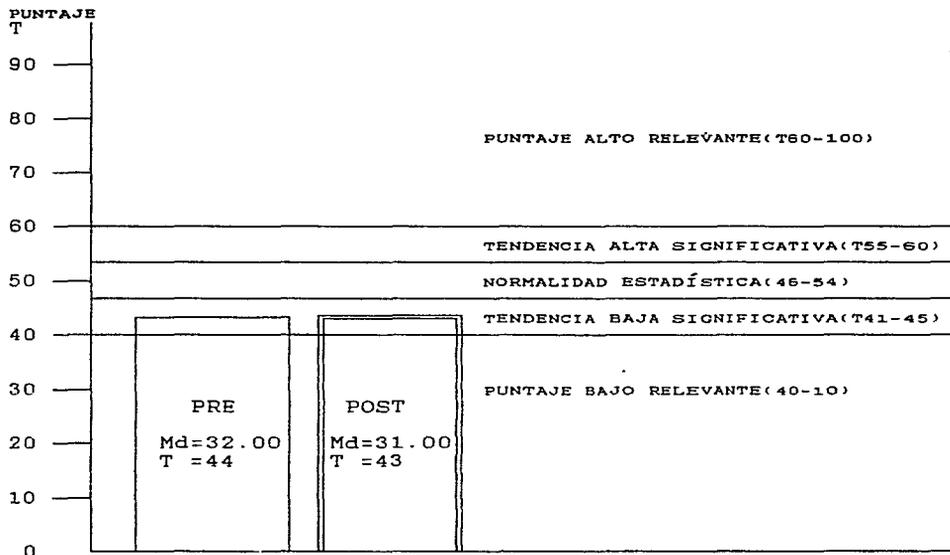
## 6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PERFILES DE AUTOESTIMA

**GRÁFICA # 1**  
**ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE**  
**PUNTAJE TOTAL POSITIVO**  
**(AUTOESTIMA GLOBAL) .**



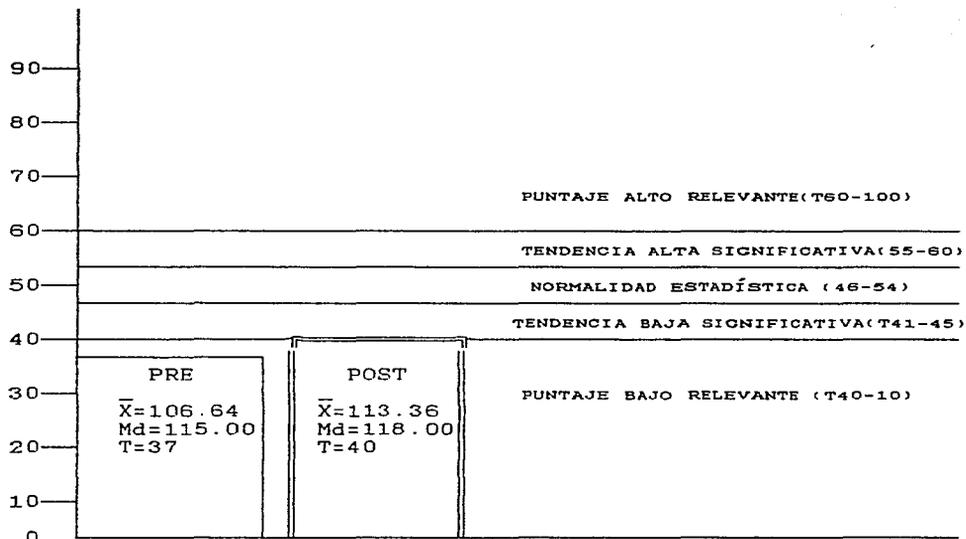
Este puntaje refleja el nivel total de autoestima. En la evaluación previa a la terapia, la muestra obtuvo un puntaje T de 32 lo cual los ubica en el área de puntaje bajo relevante. En la evaluación posterior a las sesiones de terapia, la muestra obtuvo una puntuación más alta (T= 34), ubicándose también en el área de puntaje bajo relevante. Ambas puntuaciones se encuentran en personas que dudan de su propio valer; se ven ellos mismos como indeseables; con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos, rechazados, presentando desde pobre autoconfianza hasta perturbaciones psicopatológicas.

**GRAFICA # 2**  
**AUTOCRÍTICA**



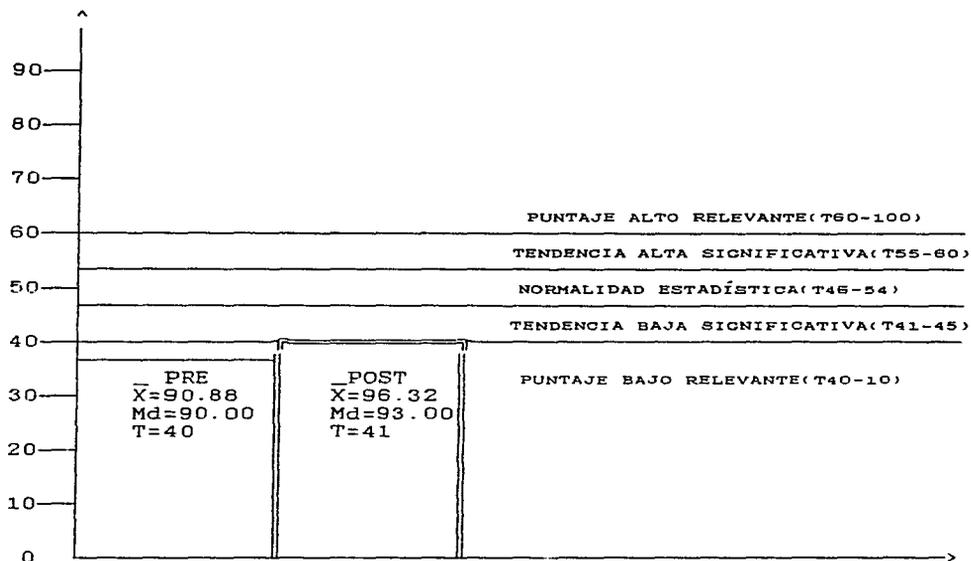
En el área de autocritica la muestra obtuvo un puntaje T de 44 antes de la terapia y despues de esta, baja a T 43. Ambas puntuaciones se ubican en el área de tendencia baja significativa, lo cual describe a las personas con alta defensividad y sugiere que los puntajes positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de ésta defensividad.

**GRÁFICA #3**  
**HILERA 1 (IDENTIDAD)**



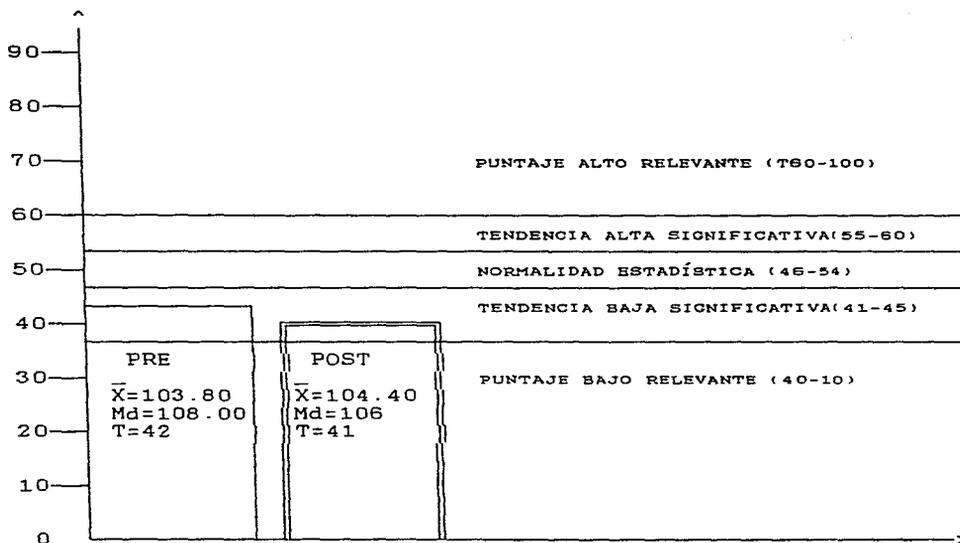
En el área de identidad en la evaluación previa a la terapia, la muestra obtuvo un puntaje T 37 y en la medición posterior se obtuvo un puntaje de T 40 que es tres puntos mayor. Esto significa que existieron cambios sustanciales en la autopercepción interna de los sujetos con respecto a su identidad, no obstante de ubicarse las dos puntuaciones en el puntaje bajo relevante.

**GRAFICA # 4**  
**HILERA 2 (AUTOSATISFACCIÓN)**



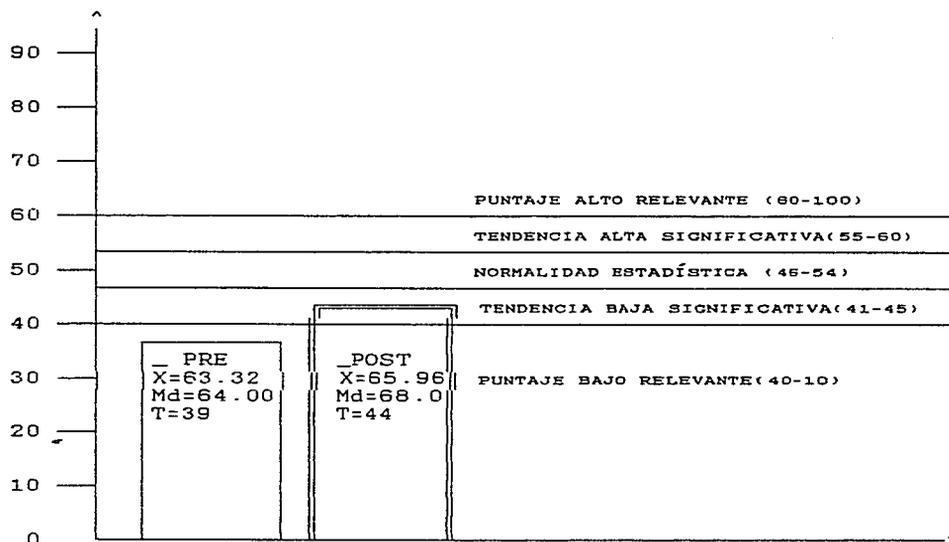
En el área de autoaceptación personal, la puntuación previa fue de T 40 y en la evaluación posterior, encontramos al igual que en el área de identidad, que ésta tiende a incrementarse en un punto, lo cual es significativo por la forma como los sujetos aceptan sus propias fallas o limitaciones.

**GRAFICA # 5**  
**HILERA 3 ( CONDUCTA )**



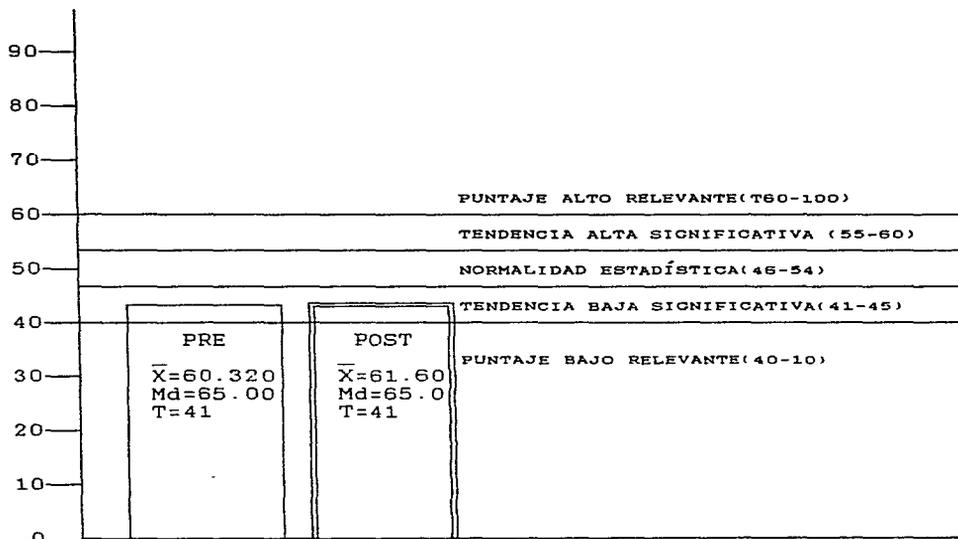
En la evaluación previa a la percepción de la propia conducta, los sujetos obtuvieron un puntaje de T 42 que los coloca por arriba de la evaluación posterior (T 41), lo que implica que existe una gran dificultad en cuanto a la modificación conductual relacionada con la habituación alcohólica.

**GRAFICA # 6**  
**COLUMNA A (YO FÍSICO)**



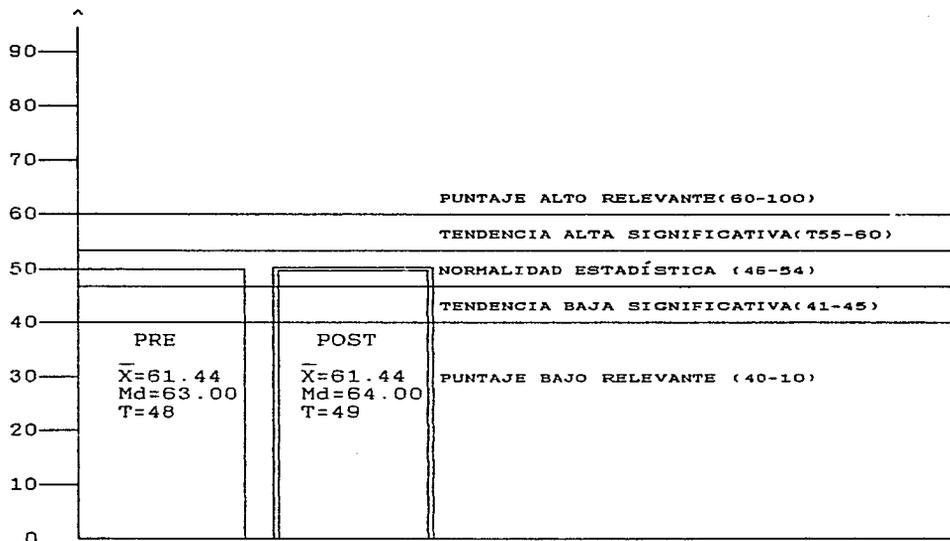
En la evaluación del Yo físico, la muestra obtuvo un puntaje de T 39 en la primera fase, elevándose en cinco puntos al realizar el postest. Esto puede indicar una mayor apertura en cuanto a la aceptación de la propia imagen, el estado de salud y todos aquellos aspectos relacionados con la potencialización de habilidades.

**GRAFICA # 7**  
**COLUMNA B (YO ÉTICO MORAL)**



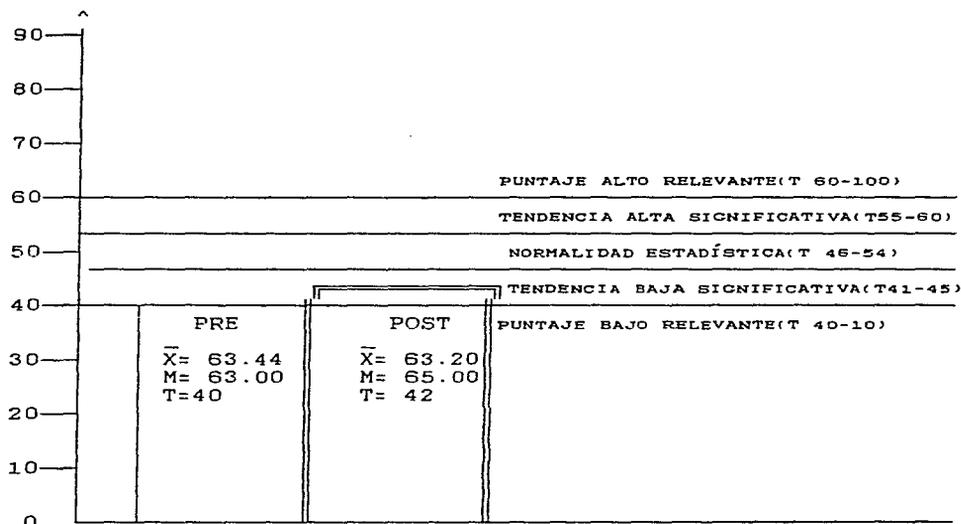
Esta área de la escala describe el yo desde un marco de referencia ético-moral: lo "bueno" o lo malo, y la satisfacción que existe con respecto al desenvolvimiento moral-personal. Ambas evaluaciones previa y posterior a las sesiones de terapia grupal, arrojaron un puntaje T de 41, lo que habla de una sensación de culpa, que de acuerdo a las condiciones por las que atraviesa el paciente, es una situación que difícilmente pueden soslayar.

**GRAFICA # 8**  
**COLUMNA C (YO PERSONAL)**



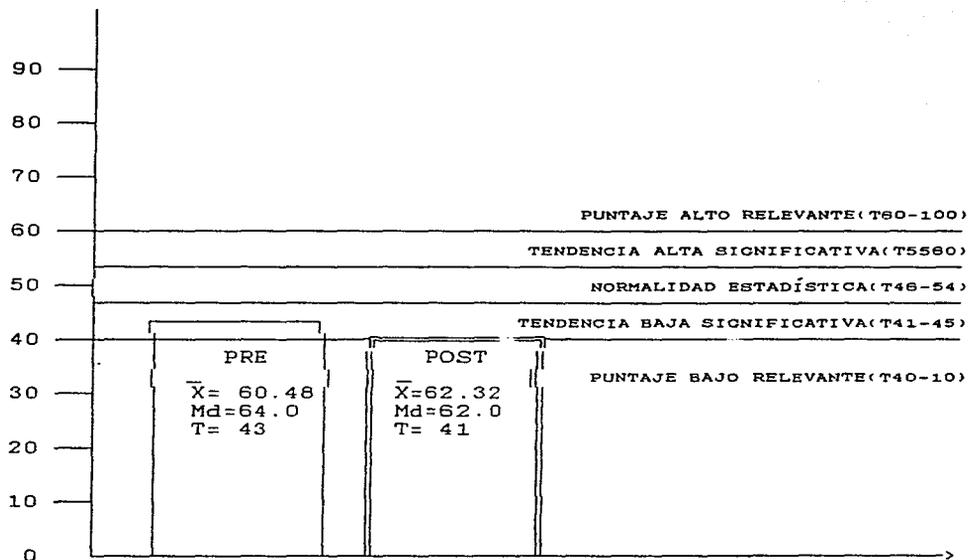
Esta área evalúa el sentimiento que el individuo tiene de su valor personal; su sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad, independientemente de su yo físico o sus relaciones con otros. En la evaluación previa a la terapia, la muestra obtuvo un puntaje T de 48, incrementándose en un punto en la evaluación posterior, lo que deja entrever que después de las sesiones psicoterapéuticas, muy bien pudieron haber ocurrido cambios significativos en la dignidad y valer personal.

**GRAFICA # 9**  
**COLUMNA D ( YO FAMILIAR)**



Esta área mide los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una familia, refiriéndose a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos. En la evaluación previa a la terapia, la muestra obtuvo un puntaje de T 40, elevándose dos puntos en el postest. Tal elevación nos habla de una mayor comprensión, en cuanto a la integración familiar que han vivenciado y también de aquellos elementos que probablemente influyeron directa o indirectamente en su ingesta de alcohol.

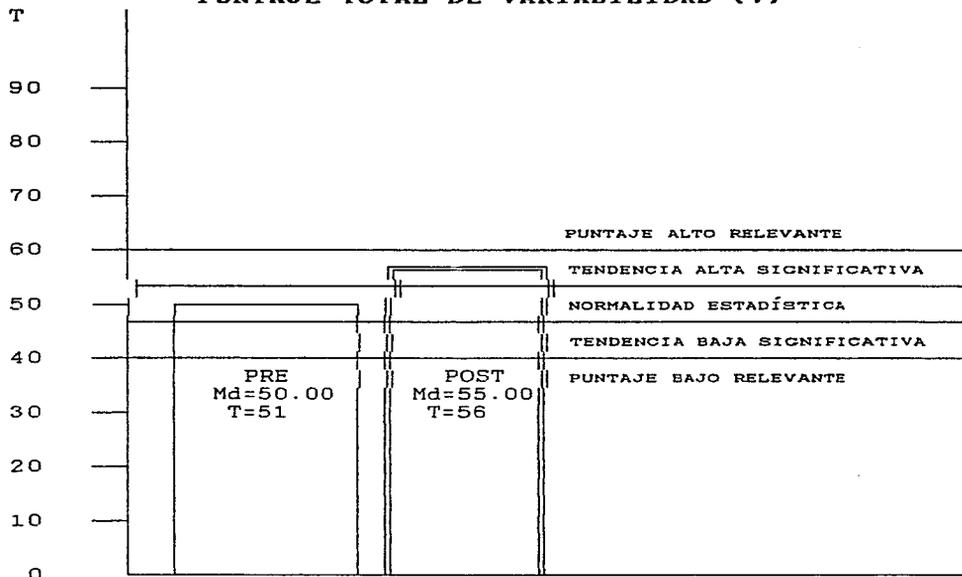
**GRAFICA # 10**  
**COLUMNA E (YO SOCIAL)**



Esta área refleja el sentimiento de adecuación y valer del individuo en su interacción social con otras personas en general. En relación a las evaluaciones, se observa que en la medición previa a la terapia se obtuvo un puntaje T de 43, disminuyendo dos puntos en el posttest. Tal vez pudiese hablarse de una actitud recelosa por parte del paciente, al verse confinado, aislado o abandonado por su familia, lo que disminuye su agrado por socializar.

GRAFICA # 11

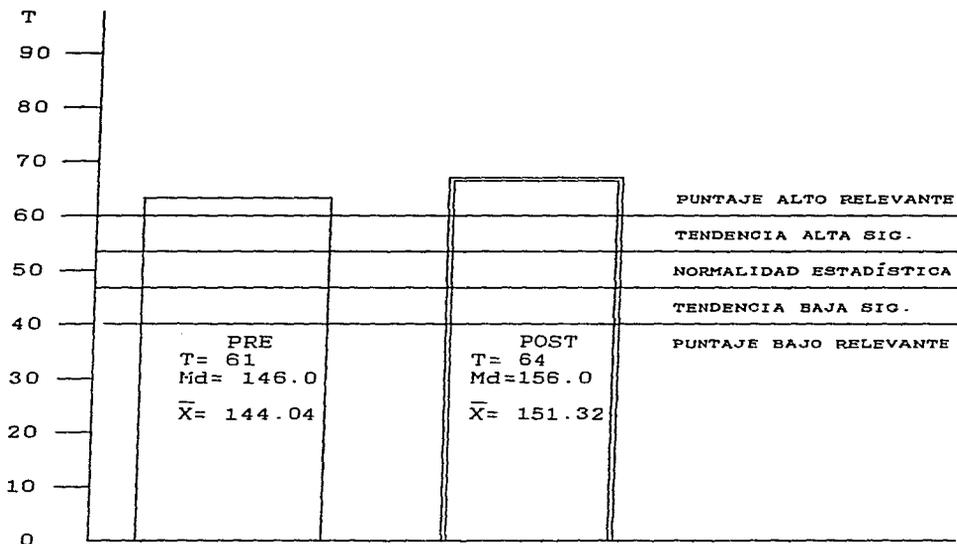
## PUNTAJE TOTAL DE VARIABILIDAD (V)



El puntaje total de variabilidad representa el monto total de variabilidad entre hileras y columnas.

En la primera evaluación la muestra obtuvo una puntuación T de 51 que se ubica en el área de normalidad estadística; la segunda evaluación mostró un incremento de 5 puntos (T=56) en comparación a la primera, ubicándose en el área de tendencia alta significativa. Por lo que se infiere que en la segunda evaluación hubo una mayor variabilidad de una área de autopercepción a otra; es decir, muy probablemente el haber asistido a una serie de sesiones terapéuticas, abrió el camino hacia la autoreflexión y hacia una nueva concepción en la comprensión de la propia conducta.

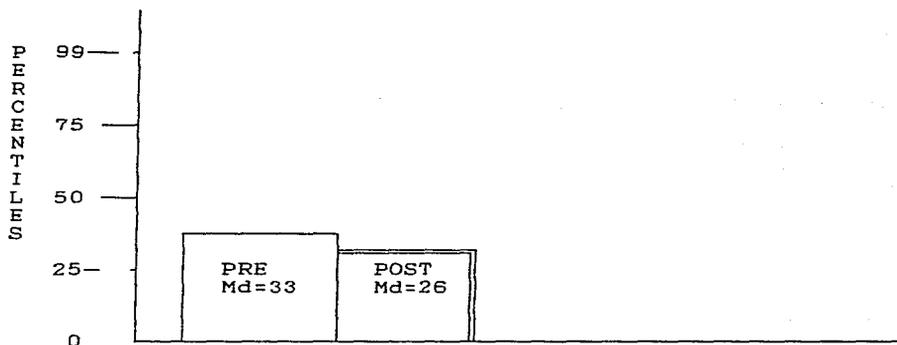
**GRAFICA # 12**  
**PUNTAJE DE DISTRIBUCIÓN (D)**



En el área de distribución, se observa en la primera fase un puntaje T de 61, aumentando en tres puntos en el postest. Tal aspecto equivale a una acentuación en la conflictiva interna, derivada del "remover" aspectos reprimidos dentro de la terapia y que llevan al sujeto a ser más sincero consigo mismo.

6.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO INVESTIGATIVO DE LA PERSONALIDAD (C.I.P.)

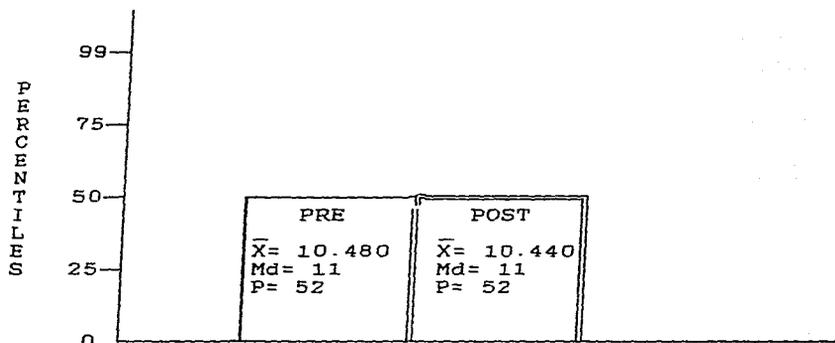
GRAFICA # 13  
COMPORTAMIENTO PERSONAL (P)



PRE= PREVIO A LA TERAPIA  
POST= POSTERIOR A LA TERAPIA  
Md= MEDIANA

En el área de comportamiento personal, la mediana de los puntajes en el pretets y el postets fueron bajos de 33 y 26 respectivamente, por lo que la interpretación de la prueba los describe como: "personas ajustadas desde su punto de vista personal".

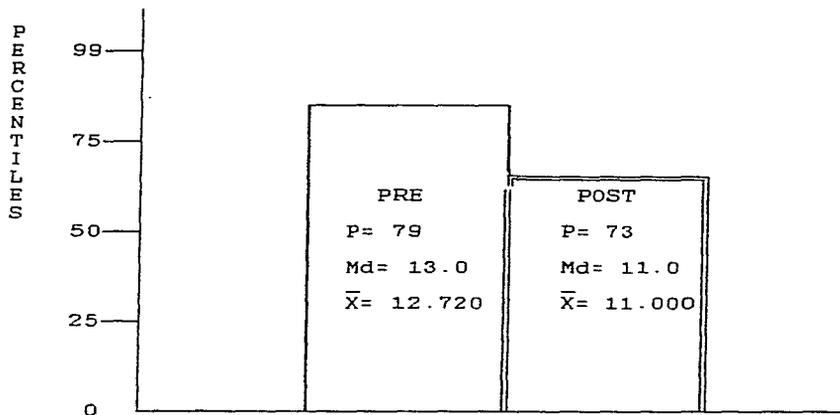
GRAFICA # 14  
COMPORTAMIENTO FAMILIAR (F)



Md= MEDIANA  
P= PERCEPTIL  
X= MEDIA

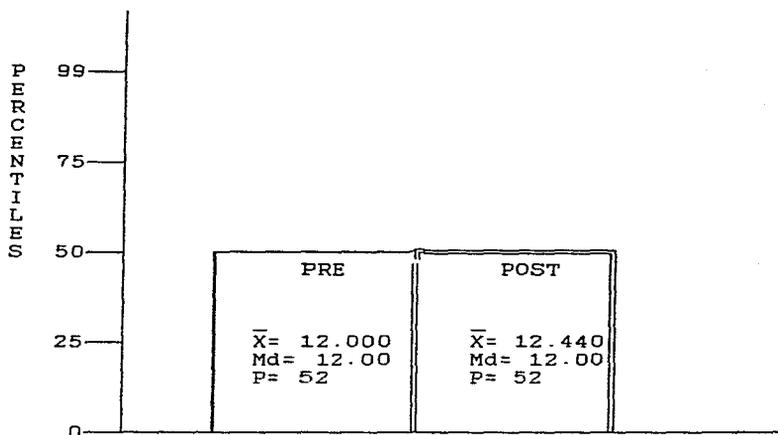
El puntaje de las medianas previa y posterior a las sesiones de terapia fue de Md=11, mismas que se ubican en el percentil 52; revelando ambas evaluaciones un ligero desajuste en las actitudes de los individuos en relación a sus padres y hermanos ó en el sentido de satisfacción que se deriva de sus relaciones familiares.

**GRAFICA # 15**  
**COMPORTAMIENTO PATOLÓGICO (CP)**



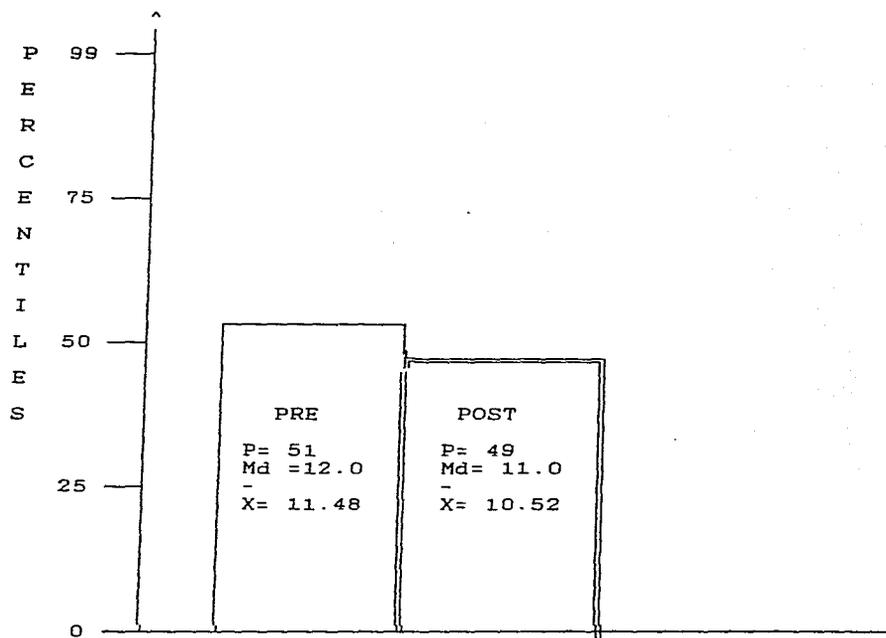
En el área del comportamiento patológico, los sujetos mostraron una puntuación más alta antes de la terapia (P=79) en comparación con la posterior a la terapia (P=73); Sin embargo, ambas puntuaciones se ubican por encima de la media (50); lo que a pesar de su indicación como puntaje T en el comportamiento patológico, la diferencia de 6 puntos menos, hace pensar en una probable concientización de la problemática alcohólica, que si bien no es superada del todo, por lo menos esto nos indica algún tipo de reajuste .

GRAFICA # 16  
COMPORTAMIENTO SEXUAL (SX)



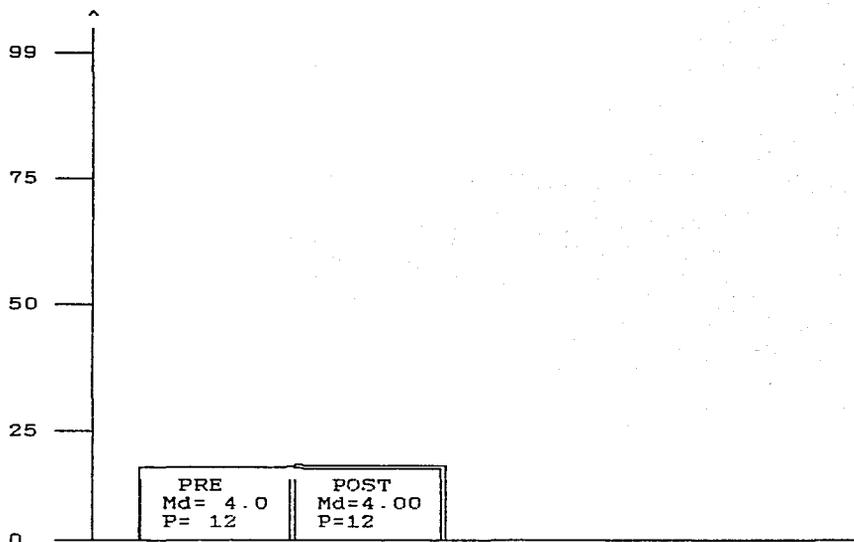
En el área de comportamiento sexual, las puntuaciones del percentil en 12.00 (pre y post), los ubica en el área de la normalidad estadística, indicando un ajuste heterosexual aparentemente sin dificultades.

**GRAFICA # 17**  
**COMPORTAMIENTO SOCIAL (S)**



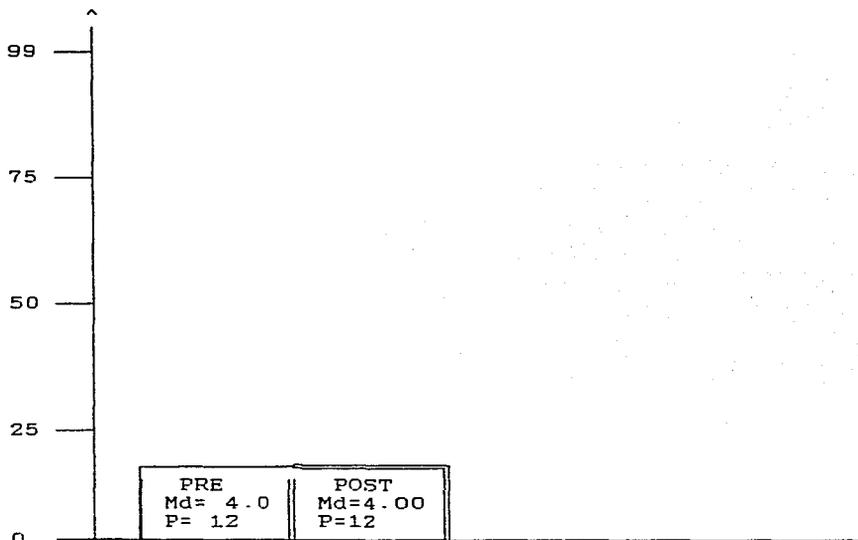
La puntuación media de ambas evaluaciones (P=51, 49), en el área del comportamiento social, no revela desajustes drásticos en la relación interpersonal cotidiana.

**GRAFICA # 18**  
**SINCERIDAD (Si)**



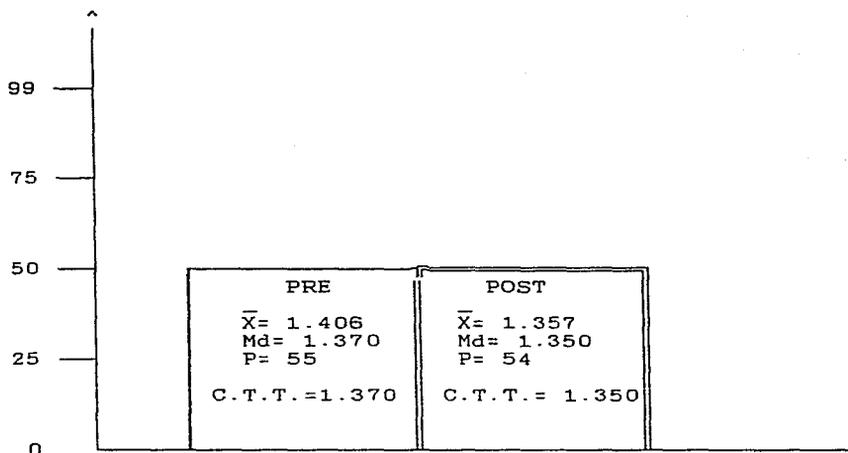
El área de sinceridad, tiene como finalidad comprobar la validez de las respuestas dadas. Las puntuaciones de las medianas antes y posterior a la terapia fue de Md=4.00, ubicándose en el percentil 12 que está muy por debajo de la media, lo que indica que el cuestionario no fue contestado con toda la sinceridad esperada, sin embargo, era probable que esto llegara a suceder, si consideramos el estado mental del paciente y la necesidad que éste tiene de ser aceptado al ofrecer respuestas convencionales.

**GRAFICA # 18**  
**SINCERIDAD (Si)**



El área de sinceridad, tiene como finalidad comprobar la validez de las respuestas dadas. Las puntuaciones de las medianas antes y posterior a la terapia fue de Md=4.00, ubicándose en el percentil 12 que está muy por debajo de la media, lo que indica que el cuestionario no fue contestado con toda la sinceridad esperada, sin embargo, era probable que esto llegara a suceder, si consideramos el estado mental del paciente y la necesidad que éste tiene de ser aceptado al ofrecer respuestas convencionales.

**GRAFICA # 19**  
**CUOCIENTE TENSIONAL (C.T.T)**



Finalmente, el cuociente tensional (C.T.T.) en las evaluaciones previas, fue de md= 1.37 y posterior a las sesiones de terapia fue de md=1.35; ubicándose ambas puntuaciones en el grupo de personalidad levemente desajustada, donde el resultado oscila entre 1.00 y 1.50

## CONCLUSIONES

1.- Primeramente, debemos señalar que la población que psiquiátricamente fue evaluada presenta características muy especiales: daños orgánicos irreversibles, múltiples internamientos en Hospitales psiquiátricos y en grupos de alcohólicos. además de que la mayoría pertenecen al estrato social económicamente medio-bajo, por lo tanto la muestra no es comparable, en cuanto a tratamiento recibido, con otras poblaciones con características diferentes como los que han sido atendidos en hospitales privados.

2.- Uno de los tópicos ya descritos en el apartado de metodología fue, el seguimiento llevado a cabo con cada uno de los integrantes de la muestra. Las observaciones que se generaron giraron alrededor de una actitud muy reticente y negativista, que en un principio daba la impresión de un cuadro patético del que no cabría esperar buenos resultados. Sin embargo, conforme transcurría el tiempo de internamiento y la asistencia a lo largo de las nueve sesiones, pudo vislumbrarse una actitud de interés que iba en aumento conforme la atención medicamentosa resultaba efectiva. Desgraciadamente, el interés mostrado llegaba a verse obstaculizado por las propias recaídas del paciente, que no le permitían al enfermo ni al terapeuta una acción sostenida en el marco de la rehabilitación, lo que ha grandes rasgos no dejaba entrever algún grado de recuperación a corto plazo.

Respecto a los datos obtenidos, a continuación se abordarán en primera instancia, los aspectos relevantes en base a los resultados porcentuales derivados de la aplicación de la HCPA.

3.-En tales resultados se encuentran datos poco alentadores, si consideramos que la edad promedio de la muestra y la precipitación psicótica que han sufrido se ubica en un rango que va de los 20 a los 35 años de edad, además, de que el 40% de los mismos sujetos tenían menos de 20 años en el momento de realizarse la investigación; estas características son importantes si las comparamos con un estudio llevado a cabo en el mismo hospital en 1987, donde se reportó que el promedio de edad de pacientes con trastorno mental relacionados con la ingesta de alcohol era de 34.9 años de edad.(39)

Las diferencias, en la edad promedio de la precipitación psicótica de los pacientes alcohólicos posiblemente nos señale que, el rango de edad se está reduciendo y que actualmente es más frecuente encontrar daños severos por alcoholismo en personas jóvenes.

4.- También, encontramos que el estado civil que predomina es el de solteros con un 44%, la escolaridad más elevada oscila con irregularidades hasta el nivel de secundaria en un 40%. Además, un 36% no pasa de ser empleado u obrero y un 24% siempre había estado desempleado. Esta característica resalta la crisis social que padece la mayoría de la población de nuestro país y su impacto en las nuevas generaciones: desempleo, carencias afectivas, carencias económicas y una gran incertidumbre en relación a su vida futura.

5.- Otro dato importante, es el que se refiere al lugar de referencia, donde encontramos que el 72% de los pacientes estudiados fueron referidos por familiares y solamente el 12% por alguna Institución médica.

Este dato nos señala serias dificultades en el área de prestación de servicios de salud, carencias de cobertura, que ha sido estimada de 4 a 10% de alcohólicos con atención médica, carencias de capacitación del personal médico en el área del alcoholismo y complicaciones en el seguimiento y canalización del paciente alcohólico.

Además de indicarnos que la captación de casos lejos de ser precoz, alcanza casi exclusivamente a alcohólicos con severos y complejos problemas de salud que sólo logran una remisión sintomática del padecimiento .

6.- En cuanto a los resultados analizados en la aplicación del test de autoconcepto, se identifican los siguientes aspectos relevantes:

- En la HILERA 1 (IDENTIDAD), se observa un ligero incremento que estadísticamente no es muy significativo, pero que sin embargo, permite deducir que por lo menos el paciente logró entender de alguna manera en qué condiciones se encontraba.

- En la HILERA 2 (AUTOSATISFACCION), también existe un ligero incremento, que en conjunción a lo apreciado en la Hilera 1, se encuentra que no solamente se da cuenta de sus propias circunstancias, sino que además es posible que acepte, aunque superficialmente, su estado y condición alcohólica deteriorada.

- Dando un salto hasta la COLUMNA A (YO FÍSICO), se observa un incremento que estadísticamente pudiera ser significativo (pero no a un nivel de puntaje T), de lo que se puede inferir que es muy probable que a pesar de las propias limitaciones vivenciadas por los pacientes, se hayan podido percatar del empobrecimiento de su propia imagen, de su estado de salud y de la incapacidad que han visto reflejada en su situación como internos.

- En la COLUMNA C (YO PERSONAL), el ligero incremento del puntaje T nos habla de una forma de mejoramiento en cuanto a la percepción del propio valer personal, lo que posiblemente fue producto de su internamiento y de la terapia a la que se vieron supeditados.

- La COLUMNA D (YO FAMILIAR) refuerza lo anterior al observarse también un ligero incremento en el puntaje T, lo que bien puede hablarnos de una mejor captación e involucración afectiva en aquellos aspectos que giran alrededor de la convivencia familiar. Sin embargo, al elevarse el puntaje de distribución (D) en el Postest, ésto hace que tales incrementos en las subescalas antes mencionadas, no pasen de ser sólo diferencias superficiales ya que tal aspecto es indicador de una predominante perturbación patológica que aún sigue vigente en el estado mental del individuo. Lo que muy probablemente fue el producto de la incapacidad derivada de la reacción psicótica que vivenciaron y que a través de la terapia y de las sesiones programadas, no pudieron superar del todo. Esto lleva a reflexionar el hecho, de que si una persona "normal" tratada por alcoholismo llega a durar varios años en tratamiento, por lógica un paciente con psicosis alcohólica, necesita mucho más que nueve sesiones para poder rehabilitarse.

7.- Con respecto a los resultados de la evaluación Pre y Postest del Cuestionario Investigativo de la Personalidad, se observa que en el área del COMPORTAMIENTO PATOLÓGICO (CP), existe cierto decremento en el puntaje, lo que puede tomarse como un índice significativo en cuanto a la apreciación subjetiva que los sujetos interpretaron de su propia problemática. Otros datos indican que el COMPORTAMIENTO FAMILIAR (F), presenta ciertos desajustes pero no trascendentes de acuerdo al puntaje del perfil.

En el área del COMPORTAMIENTO SOCIAL (S), es notable una mayor dificultad en la interacción social que establecen, lo que muy bien puede justificarse dado el aislamiento hospitalario y la ruptura con los marcos sociales normales.

Finalmente, en el área de SINCERIDAD (Si) de la escala, se encontró que los puntajes Pre y Postest siempre permanecieron bajos, lo que indica una tendencia a mostrarse convencionales y defensivos. aparte de que su mismo estado mental no les permite captar o comprender en términos reales, la magnitud perniciosa de su propia enfermedad.

En el tratamiento estadístico inferencial de los datos, se utilizó la prueba de Wilcoxon que maneja el aspecto comparativo, a partir del diseño de dos áreas que se contrastan (Pre y Postest).

Con base en la Z obtenida a un nivel de significancia de .05 para dos direcciones y a las  $\bar{R}$ , se concluye lo siguiente:

- En el área de AUTOCONCEPTO, al ser la  $Z = 0.37$  ésta resulta menor que 1.96, quedando por lo mismo aceptada la hipótesis nula, que dice:

Ho "EL AUTOCONCEPTO DE LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS, NO OFRECE DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUÉS DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA GRUPAL".

Sin embargo, por las medias de los rangos obtenidas, se observa que el Autoconcepto es mayor después de las sesiones de terapia grupal, ( $R_1 = 23.22$ ,  $R_2 = 25.77$ ) pero sin llegar a ser significativos a un nivel estadístico inferencial. (Ver anexo 4)

En los resultados de la evaluación del Cuestionario Investigativo de la Personalidad, el valor de Z obtenida fue de (1.50) la cual es menor que (1.96), quedando también aceptada la hipótesis nula, que dice:

Ho "LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS, NO REFIEREN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS, DESPUÉS DE HABER RECIBIDO NUEVE SESIONES DE TERAPIA DE GRUPO".

Es decir, no existen diferencias a nivel general en los rasgos de personalidad, antes (R= 25.72) y después (R= 24.96) de recibir atención psicoterapéutica. (Ver anexo 5)

Quiero agregar, que los resultados antes mencionados, según mi muy personal punto de vista, no pueden ser considerados definitivamente como explicativos o conclusivos de esta situación, ya que la intervención de las variables extrañas que fueron reportadas a lo largo del procedimiento, entorpecieron de alguna forma el trabajo de campo, y que por lo mismo, no permiten precisar si los efectos positivos que se esperaban de la terapia grupal, pudieron verse limitados o alterados por factores intrahospitalarios que escapaban al control de las variables estudiadas.

Ante este panorama, sólo quiero remarcar, que como Psicólogos tenemos que enfrentar retos que profesionalmente nos lleven a no desdeñar la investigación de problemas que se piensan infranqueables o inútiles por cuanto a la situación patológica de una población determinada. Nuestra contribución a través de sugerencias bien fundamentadas, debe perseguirse como un objetivo esencial en todo ambiente clínico por muy difícil que parezca.

Proponer cambios en la planeación y organización de los sistemas de trabajo, así como de atención en el campo de la rehabilitación, entre otras metas, coadyuvan a consolidar objetivos primarios y bien orientados hacia una mejor y adecuada intervención personalizada en donde el factor humano esté por encima de todas las cosas: aspecto que cada día se desvaloriza ante la constante influencia de fenómenos económicos y burocráticos que vivimos en nuestra muy especial cultura mexicana.

## SUGERENCIAS.

1.- La efectividad de la terapéutica empleada en el tratamiento del alcoholismo a nivel psiquiátrico, se debe ubicar desde una dimensión que englobe aspectos teóricos, organizativos y clínicos, bajo un planteamiento directivo que pueda ser viable en los tres niveles de atención del Sector Salud.

2.- Es imprescindible hacer énfasis en el tipo de tratamiento que es dirigido hacia los pacientes psiquiátricos, ya que no sólo se interpreta como un síntoma de la organización social en que vivimos, sino que también resulta ser una de las áreas menos apoyadas dada la estigmatización y el rechazo que por lo regular viven este tipo de pacientes.

3.- En tales términos los esfuerzos realizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" tienen un aspecto limitado en la rehabilitación del enfermo alcohólico. Porque no se cuenta en la actualidad con un programa integral para la atención del alcoholismo, esto resalta la necesidad de reforzar y actualizar las actividades terapéuticas, puesto que no puede plantearse solamente la atención a un nivel de cobertura, sino que exige fijar políticas de intervención que articulen acciones y homologuen criterios para la implementación de un programa multidisciplinario en la atención del paciente alcohólico. Donde cada profesionista que forme parte del equipo interdisciplinario pueda aportar sus conocimientos, y no por estar en un Hospital de tipo Psiquiátrico predomine el enfoque médico y se menosprecie la aportación de la psicología y del trabajo social en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Esto como ya hemos expresado es una necesidad debido a que en la actualidad los servicios específicos de atención en el "H.P.F.B.A.", se centran casi exclusivamente en el aspecto de dependencia al alcohol y en la remisión del cuadro psicótico, cuando estos es sólo una parte de la amplia gama de factores relacionados al consumo crónico de alcohol.

4.- El alto número de reingresos Hospitalarios de pacientes alcohólicos que se registra en el "H.P.F.B.A."; es otro aspecto que apoya la implementación de un programa multidisciplinario. ya que en la actualidad como reporta el jefe de consulta externa: "El paciente alcohólico muestra un alto índice de deserción en el servicio de consulta externa por lo que difícilmente se lleva acabo un seguimiento de este tipo de pacientes una vez que han sido dados de alta". Esta deserción muestra la ausencia de un enganche terapéutico que promueva en el enfermo alcohólico la concientización de su padecimiento y la importancia de continuar con su tratamiento una vez que ha sido dado de alta en el servicio de hospitalización.

Esto explica el alto numero de reingresos hospitalarios y la gran demanda de atención que existe debido a que día con día se suman nuevos alcohólicos a las estadísticas de personas con alteraciones cerebrales que requieren una atención de tipo psiquiátrico.

5.- Por otro lado la captación y diagnóstico de casos de alcoholismo deja mucho que desear debido a que alcanza, casi exclusivamente a paciente con severos y complejos problemas de salud que por el deterioro presentado tanto en sus capacidades físicas como psiquicas sólo logran una remisión sintomática del cuadro de abstinencia.

Además, los diagnósticos con que se etiquetan a los pacientes alcohólicos la mayoría de las veces no específica el cuadro psicopatológico presentado, tales aspectos muestran serias deficiencias en la formación de los profesionales de la salud mental.

6.- En relación al número reducido de personal capacitado y sensibilizado para trabajar en el área de alcoholismo, ya sea en programas de prevención, de tratamiento o de rehabilitación, debemos señalar que la actividad psicoterapéutica que se realiza en el "H.P.F.B.A." con alcohólicos, puede ofrecer enormes posibilidades para desarrollar actividades en diversos campos como son: investigación, enseñanza y diagnóstico. tendientes a capacitar a los futuros profesionales de la salud mental como son: psiquiatras, psicólogos y enfermeras entre otros. Esto, siempre y cuando las autoridades del hospital reconozcan la importancia de contar con un programa multidisciplinario, abocado al estudio y tratamiento del paciente alcohólico que permita aprovechar al máximo los escasos recursos existentes como podrían ser las instalaciones del hospital, la permanencia de los residentes de psiquiatría, las solicitudes de realización de servicio social de psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, y sobre todo la capacidad, preparación, y entusiasmo de profesionales como el terapeuta del grupo, quien cuenta con una experiencia de trabajar con alcohólicos de mas de 25 años.

7.- Así, retomamos la oportunidad para enfatizar la necesidad de realizar estudios con mayor profundidad que se dirijan a una comprensión de los elementos relevantes en el tratamiento del alcoholismo, también resaltamos la necesidad existente de una reorientación en los modelos institucionales que hagan posible plantear alternativas reales y adecuadas para el

tratamiento del alcoholismo, como podría ser la creación de un pabellón exclusivamente para alcohólicos en el "H.P.F.B.A", donde se contara con un equipo interdisciplinario encargado de brindar una atención especializada, sin poner como pretexto que no existe presupuesto para este tipo de programas, porque eso no es cierto, el gobierno si tiene dinero y debemos exigir como ciudadanos y profesionistas que se invierta en programas de atención social y no en farsas electorales que promueven la democracia y el bien común.

8.- De esta manera, y sin olvidar las limitantes del trabajo, podemos asimismo concluir que el trabajo terapéutico realizado en esta institución es importante para los pacientes porque representa un canal de tratamiento que le permite un mayor entendimiento y elaboración de su patología psíquica, su dependencia alcohólica, y situación actual. Lo que se refleja en la asistencia en la terapia de grupo de expacientes que acuden en forma voluntaria a la terapia dado que el grupo les brinda un espacio para la contención y tratamiento de su padecimiento.

## Anexo 1.- Puntuaciones obtenidas en el tests de Autoconcepto

Auto		critica	total	H1	H2	H3	CA	CB	CC	CD	CE	V	D
1.-	14	291	94	91	106	53	62	60	61	55	50	153	
2.-	29	391	131	133	127	79	74	82	80	76	25	151	
3.-	50	239	102	59	78	66	41	34	56	42	77	152	
4.-	23	327	119	100	109	63	67	56	73	68	52	133	
5.-	39	219	81	73	65	50	42	33	50	44	61	92	
6.-	34	340	104	115	121	65	70	70	63	72	39	160	
7.-	46	257	98	71	88	52	50	51	54	50	44	96	
8.-	25	340	118	90	132	66	71	71	67	65	77	144	
9.-	40	355	128	117	110	73	68	74	72	68	36	109	
10.-	33	367	124	119	124	77	71	74	65	80	42	138	
11.-	31	326	116	97	113	68	65	70	61	62	43	136	
12.-	36	281	104	85	92	54	42	53	71	61	77	170	
13.-	32	231	81	76	74	47	45	50	45	44	33	99	
14.-	24	343	108	116	119	60	79	67	73	64	44	145	
15.-	37	333	119	109	105	66	68	76	58	65	53	175	
16.-	30	228	92	65	71	62	39	29	60	38	69	144	
17.-	40	312	115	89	108	63	61	63	67	58	63	174	
18.-	41	305	120	80	105	66	50	60	65	64	69	146	
19.-	27	329	128	93	108	64	67	69	60	69	57	159	
20.-	37	329	111	111	107	64	68	71	58	58	45	180	
21.-	16	295	97	89	109	53	60	63	60	59	48	135	
22.-	42	322	122	90	110	70	62	62	70	50	72	200	
23.-	31	248	84	83	81	55	45	53	49	46	31	70	
24.-	26	335	132	98	105	67	70	67	66	65	50	149	
25.-	29	355	131	108	111	72	73	76	73	64	70	155	

## Anexo 2.- Retes de la escala de Autoconcepto

	Auto critica	Total	H1	H2	H3	CA	CB	CC	CD	CE	V	D
1.-	30	369	121	119	129	75	76	75	69	74	50	175
2.-	31	389	134	128	127	83	73	81	77	75	30	156
3.-	48	332	94	64	74	62	35	36	38	41	73	155
4.-	24	298	110	93	95	57	64	49	65	63	61	132
5.-	41	217	78	69	70	50	40	30	51	46	61	122
6.-	33	338	109	117	112	61	71	71	65	70	37	171
7.-	48	257	103	67	87	49	50	49	56	53	45	131
8.-	29	342	124	91	127	69	72	67	68	66	72	156
9.-	41	250	124	118	108	80	64	72	68	66	56	133
10.-	37	357	120	117	120	77	65	70	67	78	38	176
11.-	30	320	118	96	106	69	61	69	59	62	54	121
12.-	29	248	93	81	74	46	37	48	57	60	72	171
13.-	31	267	85	86	96	53	54	63	50	47	48	122
14.-	27	330	105	118	107	68	69	64	67	62	40	151
15.-	29	379	128	120	131	76	80	74	70	79	58	178
16.-	50	217	84	64	69	58	36	33	50	40	69	159
17.-	45	303	123	85	95	67	59	52	65	60	64	174
18.-	33	300	115	85	100	64	57	58	60	61	70	171
19.-	25	368	137	109	122	71	78	79	72	68	56	123
20.-	31	384	130	124	130	78	82	79	65	80	45	188
21.-	33	324	115	105	104	64	66	66	66	62	40	104
22.-	46	315	135	82	98	70	62	59	62	62	72	200
23.-	33	270	91	84	95	60	50	59	52	49	35	99
24.-	33	325	116	97	113	68	65	70	61	63	43	137
25.-	27	349	129	102	107	72	62	71	63	65	65	149

## Anexo 3.- Puntuaciones del Tests de Personalidad

	F	PRE				F	Retes			
		CP	SX	S	SI		CP	SX	S	SI
1.-	6	6	8	5	2	3	13	8	4	2
2.-	12	13	12	8	4	13	12	16	13	10
3.-	11	12	14	13	10	8	11	12	12	6
4.-	13	17	17	13	8	12	12	15	11	6
5.-	11	7	10	9	4	8	5	9	11	6
6.-	11	17	10	15	10	8	1	8	6	4
7.-	5	5	9	12	7	14	12	16	13	10
8.-	9	7	6	12	4	9	4	9	6	4
9.-	11	17	16	16	7	14	14	15	19	9
10.-	7	16	9	7	2	9	15	9	8	2
11.-	9	9	17	18	6	7	9	18	17	8
12.-	17	20	18	17	10	16	19	18	14	10
13.-	14	15	18	14	2	12	15	18	10	1
14.-	5	10	14	7	4	9	9	12	7	4
15.-	16	19	16	11	3	13	18	17	11	3
16.-	3	13	8	4	2	3	12	8	5	2
17.-	16	20	20	16	3	13	20	20	14	4
18.-	11	13	15	10	5	11	15	15	9	6
19.-	15	17	17	14	3	11	16	16	11	3
20.-	8	14	8	7	1	9	12	5	8	2
21.-	17	12	13	12	9	16	11	12	13	11
22.-	12	11	8	13	6	12	11	8	12	7
23.-	8	4	9	10	9	10	9	17	5	6
24.-	12	13	12	7	4	13	11	8	10	5
25.-	12	12	9	11	3	13	12	12	12	5

## Anexo 4.- WILCOXON DE AUTOCONCEPTO TOTAL

	TES	RETES	d(X1-X2)	Rd	(R-)	(R+)	Ra	Rb
1.-	291	369	-78	-23	-23		13	44
2.-	391	389	2	2.5		2.5	48	47
3.-	239	332	-93	-24	-24		6	30
4.-	327	298	29	16.5		16.5	28	15
5.-	219	217	2	2.5		2.5	3	1.5
6.-	340	338	2	2.5		2.5	34.5	33
7.-	257	257	0	0		0	0	0
8.-	340	342	-2	-2.5	-2.5		34.5	36
9.-	355	250	5	5.5		5.5	39.5	9
10.-	367	357	10	11.5		11.5	42	41
11.-	326	320	6	7.5		7.5	27	23
12.-	281	248	33	18		18	12	7.5
13.-	231	267	-36	-19	-19		5	10
14.-	343	330	13	14		14	37	29
15.-	333	379	46	-21	-21		31	45
16.-	228	217	11	13		13	4	1.5
17.-	312	303	9	10		10	21	19
18.-	305	300	5	5.5		5.5	20	16
19.-	329	368	-39	-20	-20		17.5	43
20.-	329	384	-55	-22	-22		17.5	46
21.-	295	324	-29	-16.5	-16.5	14	14	25
22.-	322	315	7	9		9	24	22
23.-	248	270	-22	-15	-15		7.5	11
24.-	335	325	10	11.5		11.5	32	26
25.-	355	349	6	7.5		7.5	39.5	38
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	EX=7441	EX=7591			-163	W=137	557.5	618.5

$$X1=310.04 \quad X2=316.29$$

$$\bar{R}_a = \frac{ER}{N} \quad \bar{R}_b = \frac{ER}{N}$$

$$W_{\max} = \frac{n(n+1)}{2}$$

$$\bar{R}_a = \frac{557.5}{24} \quad \bar{R}_b = \frac{618.5}{24}$$

$$W_{\max} = \frac{24(24+1)}{2}$$

$$\bar{R}_a = 23.22 \quad \bar{R}_b = 25.77$$

$$W_{\max} = 300$$

$$\bar{W} = \frac{n(n+1)}{4}$$

$$W_{\max} - W_{\text{obt}} = W'$$

$$\bar{W} = \frac{24(24+1)}{4}$$

$$300 - 137 = 163$$

$$\bar{W} = 150$$

$$SW = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{24}}$$

$$ZW = \frac{W - W_0}{SW}$$

$$SW = \sqrt{\frac{24(24+1)(49)}{24}}$$

$$ZW = \frac{137 - 150}{35}$$

$$ZW = \frac{-13}{35}$$

$$SW = \sqrt{\frac{(600)(49)}{24}}$$

$$ZW = 0.37$$

$$SW = \sqrt{1225}$$

$$SW = 35$$

Si  $Z_{\text{obt}} > 1.96$  Rechazamos  $H_0$

$Z_{\text{obt}} = 0.37 < 1.96$  Aceptamos la  $H_0$

## Anexo 5.- WILCOXON DE PERSONALIDAD

TESTS-C.T.T	RETES-C.T.T	d(X1-X2)	Rd	R(-)	Ra	Rb
1.- 0.75	0.77	-0.02	2.5	-2.5	1	2.5
2.- 1.4	1.6	-0.02	2.5	-2.5	24	34
3.- 1.62	1.4	0.22	14.5		36	24
4.- 1.81	1.67	0.14	11		43	38
5.- 1.42	1.1	0.32	19		26.5	12
6.- 1.42	0.8	0.62	21		26.5	4
7.- 1.05	1.75	-0.7	25	-25	9.5	42
8.- 1.12	0.95	0.17	12.5		13	7
9.- 1.72	2.0	-0.28	17	-17	40.5	48
10.- 1.05	1.07	-0.02	2.5	-2.5	9.5	11
11.- 1.55	1.6	-0.05	7	-7	31	34
12.- 2.17	1.95	0.22	14.5		50	46
13.- 1.97	1.65	0.32	19		47	37
14.- 1.17	1.22	-0.05	7	-7	15	16.5
15.- 1.72	1.55	0.17	12.5		40.5	31
16.- 0.77	0.82	-0.05	7	-7	2.5	5
17.- 2.12	1.87	0.25	16		40	44
18.- 1.35	1.3	0.05	7		20.5	18
19.- 1.9	1.7	0.2	24		46	39
20.- 1.02	0.9	0.12	10		8	6
21.- 1.6	1.55	0.05	7		34	31
22.- 1.32	1.22	0.1	22.5		19	16.5
23.- 1.15	1.47	-0.32	19	-19	14	28
24.- 1.37	1.35	0.02	2.5		22	20.5
25.- 1.4	1.5	-0.1	22.5	-22.5	24	29
EX1=35.94			EX2=34.76		R(-)=112 643 624	
X1=1.43			X2=1.39			

$$\bar{R}_a = \frac{ER}{N} = \frac{643}{25} = 25.72$$

$$W_{max} = \frac{n(n+1)}{2}$$

$$\bar{R}_b = \frac{ER}{N} = \frac{624}{25} = 24.96$$

$$W_{max} = \frac{25(25+1)}{2}$$

$$\bar{W} = \frac{n(n+1)}{4}$$

$$W_{max} = 325$$

$$\bar{W} = \frac{25(25+1)}{4}$$

$$\bar{W} = 162.5$$

$$SW = \frac{n(n+1)(2n+1)}{24}$$

$$ZW = \frac{W - \bar{W}}{SW}$$

$$SW = \frac{25(25+1)(50+1)}{24}$$

$$ZW = \frac{112 - 162.5}{37.16}$$

$$SW = \frac{3150}{24}$$

$$ZW = 1.35$$

$$SW = 1381.25$$

$$SW = 37.16$$

Si  $Z_{\text{obt}} > 1.96$  Se Rechaza  $H_0$ .

$Z_{\text{obt}} = 1.35 < 1.96$  Se Acepta  $H_0$ .

E. A. T.

ANEXO # 6

Autor: William H. Pitts. Adaptación Castellana: Elena M. de Alvarez  
y Guido A. Barrientos.

I N S T R U C C I O N E S.

EN LAS PAGINAS SIGUIENTES ENCONTRARAS UNA SERIE DE AFIRMACIONES EN LAS CUALES TE DESCRIBES A TI MISMO, TAL COMO TU TE VES. - CONTESTA COMO SI TU TE ESTUVIERAS DESCRIBIENDO A TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA OTRA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION.

LEE CADA AFIRMACION CUIDADOSAMENTE Y DESPUES ESCOGE UNA - DE LAS CINCO RESPUESTAS ABAJO MENCIONADAS. EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ENCIERRA EN UN CIRCULO EL NUMERO DE LA RESPUESTA QUE ESCOGISTE, CUIDANDO DE NO EQUIVOCARTE EN EL NUMERO DE LA RESPUESTA, YA QUE EL NUMERO DE LAS PREGUNTAS NO VAN EN FORMA PROGRESIVA; SI DESEAS CAMBIAR LA RESPUESTA DESPUES DE HABER HECHO EL CIRCULO, NO BORRES; ESCRIBE UNA "X" SOBRE LA RESPUESTA MARCADA Y DESPUES MARCA EL CIRCULO EN LA RESPUESTA QUE DESEAS. ESCRIBE SOLAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS. - NO RAYES LAS PAGINAS DE AFIRMACIONES O PREGUNTAS.

SIGNIFICADO DE LAS CINCO OPCIONES:

- 1 COMPLETAMENTE FALSO.
- 2 CASI TOTALMENTE FALSO.
- 3 PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO.
- 4 CASI TOTALMENTE VERDADERO.
- 5 TOTALMENTE VERDADERO.

NO COMIENCES SINO HASTA QUE LO INDIQUE EL EXAMINADOR.

1. GOZO DE BUENA SALUD.
3. SOY UNA PERSONA ATRACTIVA.
5. ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA.
19. SOY UNA PERSONA DECENTE.
21. SOY UNA PERSONA HONRRADA.
23. SOY UNA PERSONA MALA.
37. SOY UNA PERSONA ALEGRE.
39. SOY UNA PERSONA CALMADA Y TRANQUILA.
41. SOY "UN DON NADIE".
55. MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUIER PROBLEMA.
57. PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ.
59. MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MI.
73. SOY UNA PERSONA AMIGABLE.
75. SOY PÓPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO.
77. LO QUE HACEN OTRAS GENTES NO ME INTERESA.
91. ALGUNAS VECES DIGO FAJSEDADES.
93. EN OCASIONES ME ENOJO.
2. ME AGRADA ESTAR SIEMPRE ARREGLADO Y PULCRO.
4. ESTOY LLENO DE ACHAQUES.
6. SOY UNA PERSONA ENFERMA.
20. SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA.
22. SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL.
24. SOY UNA PERSONA MORAIMENTE DEBIL.
38. TENGO MUCHO DOMINIO SOBRE SI MISMO.
40. SOY UNA PERSONA DETESTABLE.
42. ME ESTOY VOLVIENDO LOCO.
56. SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA.
58. MI FAMILIA NO ME QUIERE.
60. SIENTO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA.
74. SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO.

76. ESTOY DISGUSTADO CON TODO EL MUNDO.
78. ES DIFICIL ENTABLAR AMISTAD CONMIGO.
92. DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN MENCIONARSE.
94. ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENTO BIEN, ESTOY DE MAL HUMOR.
7. NO SOY NI MUY GORDO NI MUY FLACO.
9. ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA.
11. HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN.
25. ESTOY SATISFECHO CON MI CONDUCTA MORAL.
27. ESTOY SATISFECHO DE MIS RELACIONES CON DIOS.
29. DEBERIA DE ASISTIR MAS A MENUDO A LA IGLESIA.
43. ESTOY SATISFECHO DE LO QUE SOY.
45. MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBERIA DE SER.
47. ME DESPRECIO A MI MISMO.
61. ESTOY SATISFECHO CON MIS RELACIONES FAMILIARES.
63. MUESTRO TANTA COMPRESION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA.
65. DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA.
79. SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER.
81. TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO.
83. SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES.
9. ALGUNAS DE LAS PERSONAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL.
97. DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS.
8. NO SOY MUY ALTO NI MUY BAJO.
10. NO ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBIERA.
12. DEBERIA DE SER MAS ATRACTIVO PARA CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO
26. ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA RELIGIOSA.
28. QUISIERA SER MAS DIGNO DE CONFIANZA.
30. DEBERIA MENTIR MENOS.
44. ESTOY SATISFECHO CON MI INTELIGENCIA.
46. ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA.

48. QUISIERA NO DARME POR VENCIDO TAN FACILMENTE.
62. TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBIERA.
64. ME APECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA.
66. DEBERIA AMAR MAS A MIS FAMILIARES.
80. ESTOY SATISFECHO CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE.
82. DEBERIA DE SER MAS CORTES CON LOS DEMAS.
84. DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS.
96. ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME.
98. ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS.
13. ME CUIDO BIEN FISICAMENTE.
15. TRATO DE SER CUIDADOSO CON MI APARIENCIA.
17. CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE.
31. MI RELIGION ES PARTE DE MI VIDA DIARIA.
33. TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE NO DEBO.
35. EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS.
49. PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUIER SITUACION.
51. ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME.
53. HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN.
67. TRATO DE SER JUSTO CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES.
69. ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA.
71. SIEMPRE CEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES.
85. TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS.
87. ME LLEVO BIEN CON LOS DEMAS.
89. ME ES DIFICIL PERDONAR.
99. PREFIERO GANAR EN LOS JUEGOS.
14. ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.
16. SOY MALO PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS.
18. DUERMO MAL.
32. LA MAYORIA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO.
34. A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE.
36. ME ES DIFICIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA.

50. RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD.
52. CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINION.
54. TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS.
68. HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA.
70. RIÑO CON MIS FAMILIARES.
72. NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE DESEA MI FAMILIA.
86. ENCUENTRO BUENAS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE CONOZCO.
88. ME SIENTO INCOMODO CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS.
90. ME CUESTA TRABAJO ENTABLAR CONVERSACION CON EXTRAÑOS.
100. EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY.

ITEM NO	PAGES 5 AND 6	ITEM NO	PAGES 3 AND 4	ITEM NO	PAGES 1 AND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5





(C. I. P.)

ANEXO # 7

## INSTRUCCIONES:

ESTE CUESTIONARIO CONSTA DE 140 ORACIONES O PROPOSICIONES NUMERADAS. LEA CADA UNA Y DECIDA SI ESTA USTED DE "ACUERDO" O EN "DESACUERDO" CON CADA UNA DE ELLAS.

EN SU HOJA DE RESPUESTAS, ENCONTRARA DOS CUADROS - NUMERADOS PARA CADA ORACION O PROPOSICION. USTED DEBERA -- MARCAR CON UNA EQUIS (X) EL CUADRO DE LA LETRA "A" CUANDO ESTE DE ACUERDO CON LA ORACION Y LA LETRA "D" CUANDO ESTE EN DESACUERDO.

TRATE DE SER SINCERO CONSIGO MISMO Y USE SU PROPIO CRITERIO. NO DEJE DE CONTESTAR NINGUNA ORACION SI PUEDE -- EVITARLO.

AL MARCAR SU RESPUESTA, ASEGURESE DE QUE EL NUMERO DE LA PROPOSICION CORRESPONDE AL NUMERO DE LA RESPUESTA, - EVITE CORREGIRLAS.

- ESTE EXAMEN NO TIENE TIEMPO LIMITE, PERO TRAJE - TAN RAPIDO COMO LE SEA POSIBLE.

SI TIENE DUDA SOBRE EL SIGNIFICADO DE ALGUNA PALA-  
ERA, PUEDE PREGUNTAR CON TODA CONFIANZA AL EXAMINADOR.

NO HAGA NINGUNA ANOTACION EN ESTE CUESTIONARIO.

- 1.- ME CUESTA TRABAJO DORMIRME DURANTE LA NOCHE.
- 2.- ME SIENTO FRECUENTEMENTE - DESDICHADO.
- 3.- ME ES DIFICIL HABLAR EN PU Blico.
- 4.- ME SIENTO ABURRIDO GRAN -- PARTE DEL TIEMPO.
- 5.- UNO DE MIS PADRES PIERDE - (FERDIA) LA PACIENCIA CON FRECUENCIA.
- 6.- EL TRATO DE MIS PADRES HACIA MI ES MUY BUENO Y ADECUADO.
- 7.- SIENTO (SENTIA) GRAN TEMOR DE DESPRENDERME DE LA PROTECCION DE MIS PADRES.
- 8.- LAS RELACIONES CON MIS PADRES SON GENERALMENTE BUENAS.
- 9.- ME PREOCUPA ENORMEMENTE EL CONTAGIO DE ALGUNA ENFERMEDAD.
- 10.- ME SIENTO COMO SI FUESE UN ENVIADO ESPECIAL DE UN SER SOBERNATURAL.
- 11.- TENGO MOMENTOS EN QUE PIERDO LA NOCION TOTAL DE LO - QUE ESTOY HACIENDO..
- 12.- FRECUENTEMENTE CUENTO CO-- SAS QUE NUNCA HAN SUCEDIDO SIN CAUSA JUSTIFICADA.
- 13.- MI VIDA SEXUAL ES NORKAL.
- 14.- ES INACEPTADO EN MI HOGAR HABLAR CON PROFUNDIDAD DE ASUNTOS SEXUALES.
- 15.- HE TENIDO DIFICULTADES EN MI VIDA SEXUAL.
- 16.- CREO QUE LA SEXUALIDAD DIRIGE TOTALMENTE NUESTRA VI DA.
- 17.- FRECUENTEMENTE ME SIENTO - ABURRIDO ESTANDO EN COMPAÑIA DE OTROS.
- 18.- ME ATRAEN MAS LOS LIFROS U OTRAS COSAS QUE LOS AMIGOS.
- 19.- DE VEZ EN CUANDO TENGO ATAQUES DE RISA QUE NO PUEDO CONTROLAR.
- 20.- FRECUENTEMENTE SIENTO HERIDOS MIS SENTIMIENTOS.
- 21.- CON FRECUENCIA TENGO DESEOS DE NO VER A NADIE.
- 22.- DISFRUTO MAS UNA TARDE PASANDOLA SOLO (A) QUE CON - AMIGOS.
- 23.- NADIE PARECE COMPRENDERME.
- 24.- ME GUSTA TRATAR A LA GENTE QUE PUEDO DOMINAR.
- 25.- A VECES YO ME ENOJO.
- 26.- ME GUSTA QUE LOS DEMAS --- PIENSEN LO MEJOR DE MI.
- 27.- ALGUNA QUE OTRA VEZ MIENTO.
- 28.- EN OCASIONES ILEGO TARDE - AL TRABAJO O AL ESTUDIO.
- 29.- ME FALTA CONFIANZA EN MI - MISMO.
- 30.- ME PREOCUPAN DURANTE MUCHO TIEMPO MIS FRACASOS.
- 31.- CON FRECUENCIA SIENTO SER- SACION DE QUE LAS COSAS ME DAN VUELTAS.
- 32.- DE NIÑO ME GUSTABA JUGAR - SOLO LA MAYORIA DE LAS VECES.
- 33.- A VECES SIENTO VERGUENZA - DE PRESENTAR A MIS PADRES ANTE LOS DEMAS.
- 34.- MIS HERMANOS Y YO SIEMPRE HEMOS SIDO BUENOS AMIGOS.

- 35.-- TENGO O TUVE LA IMPRESION DE QUE ALGUNO DE MIS PADRES NO ME COMPRENDE.
- 36.-- YO PUI LA "OVEJA NEGRA" DE MI FAMILIA.
- 37.-- ME ENFURECE QUE ME LLAMEN LOCO O ENFERMO MENTAL.
- 38.-- CREO QUE SUPRO UNA ENFERMEDAD TERRIBLE QUE NO ME HAN QUERIDO REVELAR.
- 39.-- HAY OCASIONES QUE ESCUCHO VOCES SIN PODER PRECISAR DE DONDE VIENEN.
- 40.-- DE REPENTE LLEGAN A MI MENTE PENSAMIENTOS INDECENTES QUE ME TORTURAN.
- 41.-- ME TRASTORNA MI SEXUALIDAD.
- 42.-- CREO QUE UNA PERSONA PUEDE VIVIR TOTALMENTE A ESPALDAS DE LA SEXUALIDAD.
- 43.-- MUCHOS DE MIS SUEÑOS TRATAN DE ASUNTOS SEXUALES.
- 44.-- MI EDUCACION SEXUAL ES DEFICIENTE.
- 45.-- ME SIENTO FRECUENTEMENTE MUY NERVIOSO (A).
- 46.-- PALIDEZCO O ME DA VERGENZA FACILMENTE.
- 47.-- TENGO TERROR A LA OSCURIDAD.
- 48.-- ENCUENTRO DIFICIL EL TOMAR DECISIONES POR MI MISMO.
- 49.-- EN UNA FIESTA FORMO PARTE DEL AMBIENTE.
- 50.-- ME DESAGRADA SER EL "CENTRO" DE ATENCION EN LAS RELACIONES SOCIALES.
- 51.-- ME SIENTO LIMITADO ANTE UN GRUPO MAYOR QUE YO (FISICA O INTELECTUALMENTE).
- 52.-- SOY MAS SENSIBLE QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS.
- 53.-- ALGUN CHISTE "GROSERO" ME HA HECHO REIR.
- 54.-- HAY VECES QUE DESEO DECIR "MALAS PALABRAS".
- 55.-- A VECES CRITICO.
- 56.-- ALGUNAS VECES ME HAGO EL DESENTENDIDO PARA NO SALUDAR A QUIEN ME CAE MAL.
- 57.-- ME ENCANTA ACUMULAR RESPONSABILIDADES.
- 58.-- SOY CONSIDERADO POR LOS DEMAS COMO UNA PERSONA DURA DE CARACTER.
- 59.-- ME SIENTO CONFUNDIDO CUANDO ME ENCUENTRO ENTRE MUCHA GENTE.
- 60.-- ME MOLESTA MUCHO LA DISCIPLINA.
- 61.-- MIS PADRES ENTRE SI, SE LLEVAN BIEN.
- 62.-- TENGO MOMENTOS EN QUE ME SIENTO COMO UN EXTRAÑO EN MI HOGAR.
- 63.-- SIEMPRE FUE MI DESEO ACATAR LAS ORDENES QUE ME DIERON MIS PADRES.
- 64.-- MIS PADRES ME TRATAN COMO SI FUERAN MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.
- 65.-- MI GRAN TEMOR AL RIDICULO ME HA IMPEDIDO REALIZAR MIS AMBICIONES.
- 66.-- ME MOLESTA MUCHO QUE LA GENTE ME OBSERVE.
- 67.-- NADIE ME COMPRENDE.
- 68.-- CREO QUE ALGUIEN ALGUNA VEZ HA TRATADO DE ENVENENARME.

- 69.- ME ATRAEN LAS PERSONAS DEL SEXO OPUESTO.
- 70.- MI VIDA SEXUAL ME TIENE - (TUVO) ATORMENTADO.
- 71.- DESEARIA QUE LOS PROBLEMAS SEXUALES ME AFECTASEN MENOS.
- 72.- LO QUE MAS ME GUSTA DEL CINE SON LAS ESCENAS DE AMOR.
- 73.- TENGO LA SENSACION DE QUE A NADIE LE IMPORTA LO QUE YO HAGA.
- 74.- SOY UNA PERSONA RENCOROSA.
- 75.- DE VEZ EN CUANDO TARTAMUDEO Y NO SE PORQUE.
- 76.- ES PREFERIBLE DESCONFIAR - DE TODOS O DE CASI TODOS.
- 77.- ME CONTAGIO FACILMENTE EN UN AMBIENTE AGRADABLE.
- 78.- SE ME DIFICULTA PLATICAR - CON UNA PERSONA RECIENTE CONOCIDA.
- 79.- CUANDO ME DAN MALAS NOTICIAS DESEARIA TENER A ALGUIEN A MI LADO.
- 80.- PREFIERO QUEDARME CALLADO ANTES QUE PEDIR AYUDA A UNA PERSONA QUE ME CAE MAL.
- 81.- ME SIENTO MAL CUANDO HIEREN MI ORGULLO.
- 82.- LAS CIRCUNSTANCIAS ME HAN OBLIGADO ALGUNAS VECES A SER HIPOCRITA.
- 83.- HAY VECES QUE NO ME CONFORTO CON LO QUE TENGO.
- 84.- ALGUNAS VECES ME HE SENTIDO TRISTE.
- 85.- ME AGRADA MAS SER EFICIENTE QUE SER ADMIRADO.
- 86.- TENGO TENDENCIA A LLEVAR LA CONTRARI
- 87.- ME GUSTA LLAMAR LA ATENCION DE VEZ EN CUANDO.
- 88.- ME SUDAN LAS MANOS SIN RAZON APARENTE.
- 89.- MI PADRE BEBE (BERIA) DEMASIADO.
- 90.- ME LLEVO MAL CON MI FAMILIA.
- 91.- TENGO LA IDEA DE QUE MI MADRE ES (FUE) UNA MUJER SUFRIDA.
- 92.- CON FRECUENCIA SOY MAS BONDADOSO CON LOS AMIGOS QUE CON LOS DE MI CASA.
- 93.- TODO LO MALO QUE ME SUCEDE ES CASTIGO DE MIS PECADOS.
- 94.- HE TENIDO "CONFUSIONES MENTALES".
- 95.- DE VEZ EN CUANDO ME SIENTO INFLUENCIADO POR ALGUIEN QUE NO CONOZCO.
- 96.- LO QUE ME GUSTA DEL PERIODICO ES LA SECCION POLICIACA Y DE CRIMENES.
- 97.- HE TENIDO PRACTICAS SEXUALES RARAS.
- 98.- LOS TEMAS SEXUALES ME DISGUSTAN.
- 99.- CREO QUE UNO ES FELIZ, HASTA QUE SE CASA.
- 100.- CUANTO MAS "GROSEROS" SEAN LOS CHISTES, MAS ME GUSTAN.
- 101.- HABITUALMENTE SOY CALMADO Y TRANQUILLO.
- 102.- ESTOY SEGURO QUE LA VIDA ME TRATA DURAMENTE.
- 103.- ACOSTUMBRO HABLAR BIEN DE LOS DEMAS.
- 104.- GENERALMENTE LEO CASI TODOS LOS DIAS EL PERIODICO LOCAL O NACIONAL.

- 105.- LOS NIÑOS ME GUSTAN MAS QUE ESTEN LEJOS QUE CERCA DE MI.
- 106.- ME AGRADA ESTAR EN COMPAÑIA DE UN GRUPO DE AMIGOS.
- 107.- SOY DE AQUELLAS PERSONAS -- CON LAS QUE ES DIFICIL HA-- CER AMISTAD.
- 108.- TOMO MUCHA CONFIANZA CON -- LAS PERSONAS QUE ACABO DE -- CONOCER.
- 109.- EN OCASIONES HE HABLADO DE COSAS SEXUALES.
- 110.- SIEMPRE COMO CON LA MISMA -- CORRECCION EN LA CASA QUE -- CUANDO ME INVITAN A OTRO LU-- GAR.
- 111.- EN OCASIONES HE INVENTADO -- ESTAR ENFERMO PARA NO HACER ALGO.
- 112.- TODAS LAS PERSONAS QUE YO -- CONOZCO SON EXCELENTES.
- 113.- SOY DADO A PREOCUPARME MU-- CHO.
- 114.- CREO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS HOMERES Y MUJERES SON -- FALSOS.
- 115.- REPETIDAMENTE SUEÑO LAS MIS MAS COSAS.
- 116.- ME SIENTO FELIZ LA MAYOR -- PARTE DEL TIEMPO.
- 117.- TENGO LA IDEA DE QUE MI PA-- DRE ES POCO GENEROSO.
- 118.- ME FALTARON LAS COSAS MAS -- NECESARIAS EN MI HOGAR.
- 119.- MIS PROBLEMAS SON MOTIVO DE PREOCUPACION EN MI CASA.
- 120.- ALGUNAS VECES HE TENIDO DE-- SEOS DE HUIR DE MI HOGAR.
- 121.- ME SIENTO SIN ENERGIA LA MA-- YOR PARTE DEL TIEMPO.
- 122.- SIENTO QUE ME PERSIGUEN.
- 123.- ME PERTURBA LA IDEA DE QUE--
- DARME SOLO EN UN ELEVADOR U OTRO LUGAR PARECIDO.
- 124.- ESTA VIDA ES UNA DESGRACIA.
- 125.- QUISIERA LIBRARME DE MIS COM-- PIEJOS ACERCA DEL SEXO.
- 126.- ALGUNA VEZ ME SIENTO CULPA-- BLE DE ALGUN PROBLEMA SEXUA--
- 127.- MIS INQUIETUDES SEXUALES ME PREOCUPAN.
- 128.- LAS RELACIONES SEXUALES CON EL SEXO OPUESTO ME SON PROHI-- BIDAS ALGUNAS VECES EN LA -- CASA.
- 129.- EL VER SANGRE ME ASUSTA O ME ENFERMA.
- 130.- TEMO FRECUENTEMENTE QUE ALGO MALO VA A PASAR.
- 131.- ME CONSIDERO MAS NERVIOSO -- QUE LA MAYORIA DE LA GENTE.
- 132.- ME DESPIERTO FACILMENTE CON PESADILLAS O SOBRESALTOS.
- 133.- UN VERDADERO AMIGO ES MUY DI-- FICIL DE ENCONTRAR.
- 134.- CUANDO ALGUIEN ME CAE MAL -- TRATO POR TODOS LOS MEDIOS -- DE EVITARLO.
- 135.- ME DESAGRADA TOMAR PARTE DE ASOCIACIONES O GRUPOS.
- 136.- LA CRITICA ME AFECTA TERRI-- PLEMENTE.
- 137.- ALGUNAS VECES HE DEJADO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY.
- 138.- ALGUNAS VECES HE SONADO ALGO QUE ME PREOCUPA INMEDIATAMEN-- TE.
- 139.- ME CAEN BIEN TODAS LAS PERSO-- NAS QUE CONOZCO.
- 140.- ALGUNAS VECES HE SONADO DES-- PIERTO.



		PERFIL MASCULINO					
		P	F	CP	SX	S	Si
99	40			20			
	39			19		20	
	38		20	18	20		20
	37						
	36		19	17	18		19
	35			16		19	19
	34		18			18	18
	33		17	15	18	18	18
	32			14		17	17
	31		30	16	13	17	17
75	29		15	12	16	16	16
	28			11	15	15	15
	27		14	10	15		15
	26						
	25		13	9		14	15
			12	8		13	14
			11	7	11	12	13
			10		10	10	12
50	12		9	6	9	9	11
	17						
	16		8	4	7	8	10
	15						
	14		7		6	7	9
	13						
	12		6	3	6	6	8
	11						
	10		5		5	5	7
	9						
25	8		4	2	3	4	5
	7						
	6		3		3	3	4
	5						
	4		2	1	2	2	3
	3						
	2		1		1	1	2
	1						
	0						

		PERFIL FEMENINO					
		P	F	CP	SX	S	Si
99	40			20	20	20	20
	39			19	19	19	19
	38		20	18	19	19	19
	37						
	36		18	17	18	18	19
	35			16	17	16	18
	34		17		15	15	18
	33						
	32		15	14	14	15	17
	31						
75	30		13	13	14	16	17
	29						
	28		15	12	13	15	16
	27						
	26		14	10	12	14	16
	25						
	24		12	9	11	12	15
	23						
	22		11	8	11	12	14
	21						
50	20		10	7	9	10	11
	19						
	18		9	6	8	9	10
	17						
	16		8	5	7	8	9
	15						
	14		7	4	6	7	8
	13						
	12		6	3	5	6	7
	11						
25	10		5	3	4	5	6
	9						
	8		4	2	3	4	5
	7						
	6		3	1	2	3	4
	5						
	4		2		1	2	3
	3						
	2		1		1	1	2
	1						
0							

PUNTAJES DIRECTOS:

$$P = P_1 + P_2 = \quad + \quad =$$

$$\text{CUOCIENTE TENSIONAL C.T.T.} = \frac{P+F+S+SX}{40} =$$

F =  
CP =  
SX =  
S =  
Si =

$$\frac{\quad + \quad + \quad +}{40} =$$

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA CODIFICADA  
PARA ALCOHOLISMO

I. FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS  
GENERALES

Clave y número de tarjeta 7         11

Número de expediente 12         17

1. Fecha: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

3. Sexo:  
Masculino (1) Femenino (2)  18

4. Edad:  19  20

5. Estado civil:  
Soltero (1)  
Casado (2)  
Unión libre (3)  
Divorciado (4)  
Separado (5)  
Viudo (6)  21  
Otros. Especificar (7)

6. Religión actual:  
Católico (1)  
Protestante (2)  
Testigo de Jehová (3)  
Ninguna (4)  22  
Otros. Especificar (5)

7. Escolaridad: (1) Analfabeta (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Preparatoria (7) Profesional (8) Est. Comerc. y/o Técnicos (9) Otros. Especificar  23
8. Ocupación: (1) Profesional (2) Empresario o directivo (3) Burócrata, (no profesionista ni directivo) (4) Empleado (iniciativa privada) (5) Oficio mayor u obrero (6) Obrero (7) Labores domésticas (8) Empleos esporádicos o desempleados (9) Estudiante (0) Otros. Especificar  24
9. Origen (procedencia): (1) Distrito Federal (área metropolitana) (2) Estado de México (3) Otros Estados. Especificar  25
10. Domicilio: Delegación: Especificar: calle, número, colonia y Z.P. (1) Alvaro Obregón (2) Atzacapotzaco (3) Benito Juárez (4) Coyoacán (5) Cuajimalpa (6) Cuauhtémoc (7) Gustavo A. Madero (8) Ixtacalco (9) Iztapalapa (10) Magdalena Contreras (11) Miguel Hidalgo (12) Milpa Alta (13) Tiáhuac (14) Tlalpan (15) Venustiano Carranza (16) Xochimilco (17) Estado de México (18) Otros Estados. Especificar  26  27
11. ¿Con quién vive?: (1) Solo (2) Cónyuge (3) Cónyuge e hijos (4) Cónyuge e hijos y otro (s) familiar (es) (5) Padre (s)
- Padres, hermanos y otros (6) Otros familiares (7) Otros no familiares  28
12. Referido por: (1) Nadie (si mismo) (2) Familiar (3) Institución médica (4) Médico particular (5) Tec. en salud mental (6) Grupo A.A. (7) Delegación Política (8) Empresa laboral (9) Otros. Especificar  29
13. Acompañado por: (1) Familiar (2) Amigo (3) A.A. (4) Familiar y amigo (5) Familiar y A.A. (6) Conocido (7) Solo (8) Otros. Especificar  30
14. ¿Acude voluntariamente?: (1) Sí (2) No. Especificar  31
15. ¿Desea tratarse de su alcoholismo? (1) Sí (2) No. Especificar  32
16. ¿Acude además por otro tipo de problemas? (1) No (2) Somático. Especificar (3) Psíquico. Especificar (4) Otros. Especificar  33
17. ¿Le perjudica su alcoholismo? a) Físicamente (1) Sí (1) No (2)  34 b) ¿Mental o emocionalmente? (1) Sí (1) No (2)  35 c) Familiarmente (1) Sí (1) No (2)  36 d) Laboralmente (1) Sí (1) No (2)  37 e) Económicamente (1) Sí (1) No (2)  38 f) Legalmente (1) Sí (1) No (2)  39 g) Otros (1) No (2) Sí. Especificar  40
18. Por su alcoholismo. ¿Ha sido tratado en Hospital General? (1) No (2) Consulta externa. Especificar

## Aportación al manejo asistencial del alcoholismo

- Internamiento. Especificar (3)
- Consulta externa e internamiento. Especificar. (4)  41
19. Por su alcoholismo, ¿Ha sido tratado en Hospital Psiquiátrico?
- No (1)
- Consulta externa. Especificar (2)
- Internamiento. Especificar (3)
- Consulta externa e internamiento. Especificar (4)  42
- II. ANTECEDENTES**
20. Antecedentes familiares patológicos alcohólicos:
- a) Padre
- Si (1) No (2)  43
- b) Madre
- Si (1) No (2)  44
- c) Hijos (no es antecedente)
- Si (1) No (2)  45
- No aplicable (3)
- d) Hermanos
- Si (1) No (2)  46
- No aplicable (3)
- e) Tíos
- Si (1) No (2)  47
- No aplicable (3)
- f) Abuelos
- Si (1) No (2)  48
- g) Primos
- Si (1) No (2)  49
- No aplicable (3)
- h) Otros
- No (1)
- Si. Especificar (2)  50
21. Otros antecedentes familiares patológicos:
- a) Cardio-vasculares
- Si (1) No (2)  51
- b) Tuberculosos
- Si (1) No (2)  52
- c) Diabéticos
- Si (1) No (2)  53
- d) Luéticos
- Si (1) No (2)  54
- e) Neurológicos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  55
- f) Psiquiátricos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  56
- g) Neoplásicos
- Si (1) No (2)  57
- h) Otros

- No (1)
- Si. Especificar (2)  58
22. Personales no patológicos:
- a) Higiene personal
- Buena (1) Regular (2) Mala (3)  59
- b) Higiene habitacional
- Buena (1) Regular (2) Mala (3)  60
- c) Alimentación deficiente en cantidad y calidad
- Si (1) No (2)  61
23. Personales patológicos:
- a) Gastrointestinales
- No (1)
- Si. Especificar (2)  62
- b) Cardiovasculares
- No (1)
- Si. Especificar (2)  63
- c) Tuberculosos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  64
- d) Venéreos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  65
- e) Neurológicos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  66
- f) Psiquiátricos (excluye farmacodependencia)
- No (1)
- Si. Especificar (2)  67
- g) Consumo de otras drogas (incluye farmacodependencia)
- No (1)
- Si. Especificar (2)  68
- h) Traumáticos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  69
- i) Quirúrgicos
- No (1)
- Si. Especificar (2)  70
- j) Alergias medicamentosas
- No (1)
- Si. Especificar (2)  71
24. Tabaquismo
- a) Tiempo
- No aplicable (1)
- Hasta 5 años (2)
- Más de 5 años a 10 años (3)
- Más de 10 años a 15 años (4)

Souza y Machorro M y cols.

- Más de 15 años (5)  72
- b) Promedio de cigarrillos por día, en los últimos 2 años
- De 1 a 5 (1)
- De 6 a 10 (2)
- De 11 a 15 (3)
- De 16 a 20 (4)
- De 21 a 30 (5)
- De 31 a 40 (6)
- Más de 40 (7)
- No aplicable (8)  73

## III. PADECIMIENTO ACTUAL

25. Edad a la que inició la ingestión  74  75
26. Edad a la que inició la ingestión compulsiva  76  77

Clave y número de tarjeta

 1  2  3  4  5  6

27. Patrón de ingestión en el último año activo. (Tipo de bebida y cantidad de ingestión semanal)
- | Tipo   | Cantidad  |
|--|---|
| a) Fermentados (vino, cerveza, pulque, etc.) | <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8   |
| b) Destilados (Tequila, ron, etc.)           | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10  |
| c) Alcohol 96°                               | <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 |
| d) Total                                     | <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 |
28. Periodo máximo de ingestión en el último año activo
- De 1 a 3 días (1)
- De 4 a 7 días (2)
- De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
- De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
- De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
- De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días) (6)
- De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7)  15
29. Periodo máximo de abstinencia en el último año activo
- De 1 a 3 días (1)
- De 4 a 7 días (2)
- De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
- De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
- De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
- De más de 6 meses a 9 meses (6)

- (181 a 270 días)
- De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días) (7)
- Sin abstinencia (8)  16
30. Duración de la última ingestión
- De 1 a 3 días (1)
- De 4 a 7 días (2)
- De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
- De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
- De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
- De más de 6 meses a 12 meses (181 a 360 días) (6)  17
31. Abstinencia actual
- De 1 a 3 días (1)
- De 4 a 7 días (2)
- De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días) (3)
- De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días) (4)
- De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días) (5)
- Más de 6 meses (más de 180 días) (6)
- Sin abstinencia (7)  18
32. ¿Por qué incrementó la ingestión?
- Por pérdida objetal (1)
- Para lograr los efectos (2)
- Por motivos sociales (3)
- Otros. Especificar (4)  19
33. ¿Con quién bebe preferentemente?
- Solo (1)
- Desconocidos (2)
- Conocidos (3)
- Amigos (4)
- Familiares (5)
- Otros. Especificar (6)  20
34. Sitio donde bebe preferentemente
- Calle (1)
- Trabajo (2)  19
- Casa (3)
- Cantina (4)
- Otros. Especificar (5)  21
35. ¿Ha intentado dejar de beber?
- No (1)
- Con ayuda médica (2)
- Grupo A.A. (3)
- Juramentos (4)
- Por sí mismo (5)
- Otros. Especificar (6)  22
36. ¿Consumo otras drogas?
- No (1)

## Aportación al manejo asistencial del alcoholismo

- Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  23
37. Repercusiones laborales del alcoholismo
- a) Ausentismo  
Si (1) No (2)  24
- b) Abandono  
Si (1) No (2)  25
- c) Desempleo  
Si (1) No (2)  26
- d) Despido  
Si (1) No (2)  27
- e) Accidentes de trabajo  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  28
- f) Problemas con compañeros y/o patrones  
Si (1) No (2)  29
- g) Otros  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  30
38. En los periodos activos de ingestión ¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo (99 = ninguno)  31  32
39. Repercusión familiar
- a) Tensión y dificultades  
Si (1) No (2)  33  
No aplicable (3)
- b) Riñas  
Si (1) No (2)  34  
No aplicable (3)
- c) Separación transitoria  
Si (1) No (2)  35  
No aplicable (3)
- d) Abandono sin divorcio  
Si (1) No (2)  36  
No aplicable (3)
- e) Divorcio  
Si (1) No (2)  37  
No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo
- Rechazo (1)  
Indiferencia (2)  
Ambivalencia (3)  
Aceptación (4)  
No aplicable (5)  38
41. Repercusión sexual  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  39
42. Repercusión social
- a) Mendicidad  
Si (1) No (2)  40
- b) Parasitismo social  
Si (1) No (2)  41

- c) Robo  
Si (1) No (2)  42
- d) Problemas legales  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  43
- e) Riña  
Si (1) No (2)  44
- f) Accidentes domésticos o viales  
Si (1) No (2)  45
- g) Otros  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  46

## IV. EXPLORACION MENTAL

43. Circunstancias en que se realiza la exploración
- En el consultorio (1)  
Encamado (2)  
Consulta domiciliaria (3)  47
44. Edad aparente  
Mayor (1) Igual (2)  48  
Menor (3)
45. En estado de intoxicación  
Si (1) No (2)  49
46. Aliento alcohólico  
Si (1) No (2)  50
47. Condiciones de aliño  
Si (1) No (2)  51
48. Postura  
Libre (1) Forzada (2)  52
49. Actitud  
Coopera (1) No coopera (2)  53
50. Discurso
- a) Coherente  
Si (1) No (2)  54
- b) Espontáneo  
Si (1) No (2)  55
- c) Reiterativo  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  56
- d) Disartria  
Si (1) No (2)  57
- e) Distalia  
Si (1) No (2)  58
- f) Taquipsiquia  
Si (1) No (2)  59
- g) Bradipsiquia  
Si (1) No (2)  60
- h) Pararrespuestas  
No (1)  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  61

## Aportación al manejo asistencial del alcoholismo

- Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)  23
37. Repercusiones laborales del alcoholismo
- a) Ausentismo  
Si (1) No (2)  24
- b) Abandono  
Si (1) No (2)  25
- c) Desempleo  
Si (1) No (2)  26
- d) Despido  
Si (1) No (2)  27
- e) Accidentes de trabajo  
No (1)  28  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)
- f) Problemas con compañeros y/o patrones  
Si (1) No (2)  29
- g) Otros  
No (1)  30  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)
38. En los periodos activos de ingestión ¿Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo (99 = ninguno)  31  32
39. Repercusión familiar
- a) Tensión y dificultades  
Si (1) No (2)  33  
No aplicable (3)
- b) Riñas  
Si (1) No (2)  34  
No aplicable (3)
- c) Separación transitoria  
Si (1) No (2)  35  
No aplicable (3)
- d) Abandono sin divorcio  
Si (1) No (2)  36  
No aplicable (3)
- e) Divorcio  
Si (1) No (2)  37  
No aplicable (3)
40. Actitud de la familia ante el alcoholismo  
Rechazo (1)  38  
Indiferencia (2)  
Ambivalencia (3)  
Aceptación (4)  
No aplicable (5)
41. Repercusión sexual  
No (1)  39  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)
42. Repercusión social
- a) Mendicidad  
Si (1) No (2)  40
- b) Parasitismo social  
Si (1) No (2)  41

- c) Robo  
Si (1) No (2)  42
- d) Problemas legales  
No (1)  43  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)
- e) Riña  
Si (1) No (2)  44
- f) Accidentes domésticos o viales  
Si (1) No (2)  45
- g) Otros  
No (1)  46  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)

## IV. EXPLORACION MENTAL

43. Circunstancias en que se realiza la exploración  
En el consultorio (1)  47  
Encamado (2)  
Consulta domiciliaria (3)
44. Edad aparente  
Mayor (1) Igual (2)  48  
Menor (3)
45. En estado de intoxicación  
Si (1) No (2)  49
46. Aliento alcohólico  
Si (1) No (2)  50
47. Condiciones de aliño  
Si (1) No (2)  51
48. Postura  
Libre (1) Forzada (2)  52
49. Actitud  
Coopera (1) No coopera (2)  53
50. Discurso
- a) Coherente  
Si (1) No (2)  54
- b) Espontáneo  
Si (1) No (2)  55
- c) Reiterativo  
No (1)  56  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)
- d) Disartria  
Si (1) No (2)  57
- e) Dislalia  
Si (1) No (2)  58
- f) Taquipsiquia  
Si (1) No (2)  59
- g) Bradipsiquia  
Si (1) No (2)  60
- h) Pararrespuestas  
No (1)  61  
Si. Especificar \_\_\_\_\_ (2)

Souza y Machorro M y cols.

- i) Neologismos  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  62
- j) Fugas de ideas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  63
- k) Ensalada de palabras  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  64
51. Contenido ideatorio
- a) Fobias  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  65
- b) Obsesiones  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  66
- c) Compulsiones  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  67
- d) Ideas suicidas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  68
- e) Ideas homicidas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  69
- f) Ideas de daño  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  70
52. Delirios
- a) Persecutorios  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  71
- b) De grandeza  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  72
- c) Celotipia  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  73
53. Alteraciones de la atención  
 Si (1) No (2)  74
54. Alteraciones de la concentración  
 Si (1) No (2)  75
55. Alteraciones de la abstracción  
 Si (1)  
 No (2)  76
56. Alteraciones de memoria reciente
- Si (1) No (2)  77
57. Alteraciones de memoria remota  
 Si (1) No (2)  78
58. Confabulación  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  79
59. Alteraciones de orientación en tiempo  
 Si (1) No (2)  80
- Clave y número de tarjeta  
 1  2  3  4  5  6
60. Alteraciones de orientación en espacio  
 Si (1) No (2)  7
61. Alteraciones de orientación en persona  
 Si (1) No (2)  8
62. Alteraciones de la sensoripercepción
- a) Alucinaciones auditivas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  9
- b) Alucinaciones visuales  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  10
- c) Alucinaciones gustativas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  11
- d) Alucinaciones olfatorias  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  12
- e) Alucinaciones táctiles  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  13
63. Estado afectivo
- a) Angustia  
 Si (1) No (2)  14
- b) Depresión  
 Si (1) No (2)  15
- c) Euforia  
 Si (1) No (2)  16
- d) Aplanamiento  
 Si (1) No (2)  17
- e) Labilidad  
 Si (1) No (2)  18
64. Alteraciones de juicio  
 Si (1) No (2)  19
- V. EXPLORACION FISICA

## Aportación al manejo asistencial del alcoholismo

65. Alteraciones de conformación  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  20
66. Alteraciones de integridad  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  21
67. Alteraciones de conciencia  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  22
68. Peso  
 Menor o igual a 50 kg (1)  
 De 51 a 60 kg. (2)  
 De 61 a 70 kg. (3)  
 De 71 a 80 kg. (4)  
 De 81 a 90 kg. (5)  
 De más de 90 kg (6)  23
69. Estatura  
 Menor o igual a 150 cms. (1)  
 De 151 a 160 cms. (2)  
 De 161 a 170 cms. (3)  
 De 171 a 180 cms. (4)  
 De 181 a 190 cms. (5)  24
70. Alteraciones de la tensión arterial  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  25
71. Alteraciones de la temperatura  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  26
72. Alteraciones de la frecuencia respiratoria  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  27
73. Alteraciones de piel y mucosas  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  28
74. Alteraciones de cráneo  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  29
75. Alteraciones de cuello  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  30
76. Alteraciones de tórax  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  31
77. Alteraciones de la frecuencia cardíaca  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  32
78. Alteraciones de abdomen

- No (1)  
 Si. Especificar (2)  33
79. Alteraciones de las extremidades  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  34
- VI. EXPLORACION NEUROLOGICA
80. Alteraciones de los nervios craneales
- a) Olfatorio  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  35
- b) Optico  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  36
- c) Motor ocular común  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  37
- d) Patético  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  38
- e) Trigémino  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  39
- f) Motor ocular externo  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  40
- g) Facial  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  41
- h) Auditivo  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  42
- i) Glosofaríngeo  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  43
- j) Neumogástrico  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  44
- k) Espinal  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  45
- l) Hipogloso  
 No (1)  
 Si. Especificar (2)  46
81. Alteraciones de la función cerebelosa
- a) Coordinación dedo-nariz  
 No (1)

Souza y Machorro M y cols.

- |   |     |                          |    |  |  |
|---|-----|--------------------------|----|--|--|
| SI  | (2) | <input type="checkbox"/> | 47 |  |  |
| b) Movimientos alternos   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 48 |  |  |
| SI  | (2) | <input type="checkbox"/> | 48 |  |  |
| c) Marcha   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 49 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 49 |  |  |
| 82. Alteraciones del sistema motor                              |     |                          |    |  |  |
| a) Atrofia muscular   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 50 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 50 |  |  |
| b) Movimientos anormales  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 51 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 51 |  |  |
| c) Tono muscular  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 52 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 52 |  |  |
| d) Fuerza muscular  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 53 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 53 |  |  |
| 83. Alteraciones del sistema sensorial.                         |     |                          |    |  |  |
| Sensación primaria  |     |                          |    |  |  |
| a) Sensibilidad táctil superficial                              |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 54 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 54 |  |  |
| b) Dolor superficial  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 55 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 55 |  |  |
| c) Sensibilidad a la temperatura                                |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 56 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 56 |  |  |
| d) Sensibilidad vibratoria                                      |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 57 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 57 |  |  |
| e) Dolor a la presión profunda                                  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 58 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 58 |  |  |
| 84. Alteraciones del sistema sensorial.                         |     |                          |    |  |  |
| Sensibilidad discriminatoria cortical                           |     |                          |    |  |  |
| a) Discriminación de dos puntos                                 |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 59 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 59 |  |  |
| b) Localización del lugar tocado                                |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 60 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 60 |  |  |
| c) Función estereoesgrófica                                     |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 61 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 61 |  |  |
| d) Grafestesia  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 62 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 62 |  |  |
| 85. Alteraciones de los reflejos osteotendinosos                |     |                          |    |  |  |
| a) Bicipital  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 63 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 63 |  |  |
| b) Tricipital   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 64 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 64 |  |  |
| c) Braquiorradial   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 65 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 65 |  |  |
| d) Patelar  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 66 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 66 |  |  |
| e) Aquileo  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 67 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 67 |  |  |
| 86. Alteraciones de los reflejos superficiales                  |     |                          |    |  |  |
| a) Corneal  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 68 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 68 |  |  |
| b) Faringeo   |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 69 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 69 |  |  |
| c) Abdominal  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 70 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 70 |  |  |
| d) Cremasteriano  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 71 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 71 |  |  |
| e) Plantar  |     |                          |    |  |  |
| No  | (1) | <input type="checkbox"/> | 72 |  |  |
| SI. Especificar   | (2) | <input type="checkbox"/> | 72 |  |  |
| 87. Reflejos patológicos  |     |                          |    |  |  |
| a) Clonus   |     |                          |    |  |  |
| SI (1) No (2)   |     | <input type="checkbox"/> | 73 |  |  |
| b) Babinsky   |     |                          |    |  |  |
| SI (1) No (2)   |     | <input type="checkbox"/> | 74 |  |  |
| VII. IMPRESION DIAGNOSTICA                                      |     |                          |    |  |  |
| 88. Patología neuropsiquiátrica derivada                        |     |                          |    |  |  |
| a) Delirium tremens   |     |                          |    |  |  |
| SI (1) No (2)   |     | <input type="checkbox"/> | 75 |  |  |
| b) Psicosis alcohólica de Korsakoff                             |     |                          |    |  |  |
| SI (1) No (2)   |     | <input type="checkbox"/> | 76 |  |  |
| c) Demencia alcohólica y/o síndrome cerebral crónico alcohólico |     |                          |    |  |  |
| SI (1) No (2)   |     | <input type="checkbox"/> | 77 |  |  |

## Aportación al manejo asistencial del alcoholismo

- d) Alucinosis alcohólica  
 Sí (1) No (2)  78
- e) Embriaguez patológica  
 Sí (1) No (2)  79
- f) Celotipia alcohólica (paranoia)  
 Sí (1) No (2)  80
- Clave y número de tarjeta  
 1  2  3  4  5  6
- g) Síndrome de abstinencia alcohólica  
 Sí (1) No (2)  7
- h) Alcoholismo crónico con psicosis  
 Sí (1) No (2)  8
- i) Síndrome de dependencia al alcohol  
 Sí (1) No (2)  9
- j) Intoxicación aguda o efectos  
 posteriores a la embriaguez  
 Sí (1) No (2)  10
- k) Crisis convulsiva  
 (No epilepsia)  11
89. Patología somática derivada
- a) Gastritis  
 Sí (1) No (2)  12
- b) Úlcera gastroduodenal  
 Sí (1) No (2)  13
- c) Hepatitis  
 Sí (1) No (2)  14
- d) Pancreatitis  
 Sí (1) No (2)  15
- e) Cirrosis  
 Sí (1) No (2)  16
- f) Enteritis  
 Sí (1) No (2)  17
- g) Polineuritis  
 Sí (1) No (2)  18
- h) Desnutrición  
 Sí (1) No (2)  19
- i) Hipovitaminosis  
 Sí (1) No (2)  20
- j) Otros  
 No (1)  21  
 Sí. Especificar (2)
- VIII. TRATAMIENTO
90. Tratamiento en el centro
- a) Soluciones parenterales  
 No (1)  22  
 Sí. Especificar (2)
- b) Dextrosa 50%  
 Sí (1) No (2)  23
- c) Vitamínicos  
 No (1)  24  
 Sí. Especificar (2)
- d) Alcalinos  
 No (1)  25  
 Sí. Especificar (2)
- e) Antieméticos  
 No (1)  26  
 Sí. Especificar (2)
- f) Antidiarréicos  
 Sí (1) No (2)  27
- g) Ansiolíticos  
 No (1)  28  
 Sí. Especificar (2)
- h) Antidepresivos  
 No (1)  29  
 Sí. Especificar (2)
- i) Antipsicóticos  
 No (1)  30  
 Sí. Especificar (2)
- j) Psicoterapia  
 No (1)  31  
 Sí. Especificar (2)
91. Acciones antialcohólicas concomitantes
- a) Alcohólicos Anónimos  
 Sí (1) No (2)  32
- b) Juramentos  
 Sí (1) No (2)  33
- c) Otros  
 No (1)  34  
 Sí. Especificar (2)
- IX. PRONOSTICO
92. Calificación  
 Bueno (1)  35  
 Regular (2)
- Pobre (3)
93. Calificación global de severidad  
 Sujeto totalmente asintomático,  
 sin molestia alguna ni altera-  
 ciones caracterológicas (1)
- El sujeto se queja de algunas  
 alteraciones emocionales o  
 psicológicas pero éstas no  
 ameritan tratamiento psiquiá-  
 trico, porque no son suficiente-  
 mente intensas o porque se  
 confunden con la estructura  
 caracterológica del sujeto. (2)
- Las quejas presentadas por el  
 sujeto hacen que éste requiera  
 ayuda psiquiátrica, pero  
 en Consulta Externa. (3)
- El sujeto necesita forzosamente  
 ayuda psiquiátrica en Consulta  
 Externa e incluso podría ser



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical, manual of mental disorders. (3a. ed) Washington, D.C: Autor.
- 2.- Allport G.W. (1970) Psicología de la personalidad, ed. paidós.
- 3.- Ayala V.H. (1993) El curso del alcoholismo. UNAM, Facultad de Psicología.
- 4.- Bischof L.S. (1973) Interpretación de las teorías de la personalidad ed. trillas.
- 5.- Campillo S.C, Díaz M.R. Romero M y Padilla P. (1988) El médico general frente al bebedor problema. Salud mental V.11 N22
- 6.- Cormillot A y Lombardini J. (1992) Beber o no beber ¿ esa es la cuestión? México, paidós.
- 7.- Criterios para la elaboración de documentos psicológicos (1994) traducción selectiva del " publication manual of the American psychological association" UNAM, Centro de documentación.
- 8.- Chandezón G. y Lancestre A. (1984) El análisis transaccional, Madrid: Morata.
- 9.- Díaz M.R, Campillo S.C, Cerrod S.J., Rosado F.A. y Hernández D.A.(1992) El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. División de investigaciones epidemiológicas y sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

- 10.- Díaz L.D. (1994) la representación mental del autoconcepto y las figuras de autoridad en alumnos de primaria, secundaria, bachilleres y profesional. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.
- 11.-Eisenberg G.A. (1990) Modificaciones a un inventario para medir predisposición al alcoholismo. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.
- 12.- Elizondo J.A. (1981) Modelo interdisciplinario para la prevención terciaria del alcoholismo, ocho años de experiencia. Ponencia presentada en la reunión conjunta de la Société médico psychologique y la Asociación psiquiátrica Mexicana: Paris, 1981.
- 13.- Elizondo J.A. (1979) Informe de seis años de actividades del programa de rehabilitación de alcohólicos del Hospital Psiquiátrico del IMSS. Serie de informes técnicos, México, 1979.
- 14.- Ellenberger H.F. (1970) El descubrimiento del inconsciente. Ed. Grados Madrid
- 15.- Escobet P.D. ( ) Cuestionario investigativo de la personalidad (C.I.P.): Caracas Venezuela.
- 16.- Fabela A.A.(1984) Conciencia de enfermedad y autoconcepto en el alcohólico, tesis de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.
- 17.- Flores B.D.(1984) Evaluación de la incapacidad por el consumo de alcohol en pacientes que recibieron un tratamiento integral intra hospitalario. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

- 10.- Díaz L.D. (1994) la representación mental del autoconcepto y las figuras de autoridad en alumnos de primaria, secundaria, bachilleres y profesional. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.
- 11.-Eisenberg G.A. (1990) Modificaciones a un inventario para medir predisposición al alcoholismo. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.
- 12.- Elizondo J.A. (1981) Modelo interdisciplinario para la prevención terciaria del alcoholismo, ocho años de experiencia. Ponencia presentada en la reunión conjunta de la Societé médico psychologique y la Asociación psiquiátrica Mexicana: París, 1981.
- 13.- Elizondo J.A. (1979) Informe de seis años de actividades del programa de rehabilitación de alcohólicos del Hospital Psiquiátrico del IMSS. Serie de informes técnicos, México, 1979.
- 14.- Ellenberger H.F. (1970) El descubrimiento del inconsciente. Ed. Grados Madrid
- 15.- Escobet P.D. ( ) Cuestionario investigativo de la personalidad (C.I.P.): Caracas Venezuela.
- 16.- Fabela A.A.(1984) Conciencia de enfermedad y autoconcepto en el alcohólico, tesis de licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.
- 17.- Flores B.D.(1984) Evaluación de la incapacidad por el consumo de alcohol en pacientes que recibieron un tratamiento integral intra hospitalario. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

- 18.- Freud S.(1915) Pulsiones y destinos de pulsión, obras completas, Amorrorto ed. V.14. (PP 106-134)
- 19.- Freud S.(1922) Introducción al narcisismo, obras completas, Amorroto ed. V.14.(PP 215-246)
- 20.- Freud S.(1915) Trabajo sobre metapsicología, obras completas, Amorroto ed.
- 21.- Freud S.(1920) Mas allá del principio del placer, obras completas, Amorroto ed.
- 22.- Freud S.(1930) El malestar en la cultura, Obras completas, Amorroto ed.
- 23.- Frankel D.M. y Lia K.A. (1991) Patrones de consumo de alcohol en familias de enfermos orgánicos crónicos. Acta Psiquiátrica psicol. Amer. Lat. 1991, 37 (3), 225-231.
- 24.- Fuentes R. y Medina M.M. (1987) Las adicciones en México, Salud mental V.10 N02, Junio 1987.
- 25.- Griffith E.(1987) Tratamiento de alcohólicos; Guía para el ayudante profesional, trillas.
- 26.- González U.L. (1993) La experiencia de tocar fondo. Tesis de licenciatura, UNAM. Fac Psicología.
- 27.- Guido W.M. (1987) Alcoholismo prevención: una visión general sobre algunas aproximaciones terapéuticas y aspectos preventivos. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

- 28.- Howard C.W. (1987) Diccionario de psicología, fondo de cultura económica
- 29.- Instructivo para titulación en la licenciatura (1993) UNAM; Facultad de Psicología, División de estudios profesionales.
- 30.- Instituto del campo freudiano. (1993) Toxicomanía y alcoholismo. sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica.
- 31.- Kadis A.I. (1989) Manual de psicoterapia de grupo, fondo de cultura económica.
- 32.- León M.J. (1964) Psicodinamia del alcoholismo, revisión bibliográfica con casos clínicos ilustrados y un apéndice sobre su tratamiento. Tesis de lic. Fac. de Filosofía y Letras, UNAM.
- 33.- Lira C.C. (1989) Influencia de la ansiedad sobre la obesidad tratada en psicoterapia de grupo. UNAM. Facultad de psicología.
- 34.- Madrigal E.A. (1987) Aspectos clínicos epidemiológicos en pacientes con trastorno mental relacionado con la ingesta de alcohol en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- 35.- Maraño M.M.(1987) Prevención y rehabilitación del ind. con síndrome de dependencia al alcohol. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM.
- 36.- Mariño H.M.(1991) Alcoholismo aspectos psicológicos. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM.

- 37.- Mass C.C. (1991) Delitos relacionados con el consumo de alcohol en México (1964-1984) Acta Psiquiátrica Mexicana Psicol. Amer. Lat., 1991, 37 (2) 137-142.
- 38.- Miguez L. H. (1981) Tratamiento del alcoholismo. Acta Psiquiátrica Psicol. Amer. Lat. 27, 146- 151.
- 39.- Mortón K. (1994) Dinámica de grupos y psicoanálisis de grupo, limusa.
- 40.- Nava H.J. (1986) El autoconcepto en esquizofrenicos. Tesis de lic. Fac. de psicología.
- 41.- Noriega G.G. (1990) Autorreparentalización: una técnica del análisis transaccional. Tesis de lic. Facultad de Psicología.
- 42.- Ochoa C.J. (1995) Efectos de la elección del plantel y el autoconcepto en la adaptación de una población de primer ingreso al colegio de bachilleres. Tesis de lic. Facultad de Psicología.
- 43.- Rodríguez M.D. (1989) Manual de alcoholismo para el médico de cabecera, salvat.
- 44.- Rodríguez R.E, Romero M.M, González U.L. Y Ortiz C. (1993) Estudio del uso de drogas en una muestra de pacientes psiquiátricos Mexicanos, Psicopatología (Madri) 13 (107-112)
- 45.- Rosovsky H; Casanova L y Pérez C. (1991) Las características de los grupos y de los miembros de alcohólicos anónimos. Anales del instituto Mexicano de Psiquiatria.
- 46.- Rosovsky h; y Leyva G. (1991) Movimientos de alcohólicos anónimos en México. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria.

- 47.- Souza y Machorro M. (1988) Alcoholismo conceptos básicos. México el manual moderno.
- 48.- Souza y Machorro M; Mestas J; Turrull F. y Cárdenas J. (1985) Aportación al manejo asistencial del alcoholismo, historia clínica psiquiátrica codificada, Salud mental México, 1985, 27: 291-307.
- 49.- Steiner C. (1935) Alcoholismo: una aplicación practica del análisis de transacción. México, Ed V siglos.
- 50.- Turrull F. (1982) Aspectos socioculturales de la demanda de atención de alcoholismo de la ciudad de México: el centro de ayuda al alcohólico y sus familiares.
- 51.- Valentín M. (1982) Patología del alcoholismo, fundación de investigaciones sociales, V. 1.
- 52.- Vásquez G.M. (1993) Tratamiento del alcoholismo en base a un modelo de autocontrol en el consumo de alcohol. Tesis de lic. UNAM, Fac. de Psic.
- 53.- Velasco F.R. (1984) Factores causales del alcoholismo. Salud mental. 7: 25-39.
- 54.- Vera O.E. (1988) Droga psicoanálisis y toximania. Barcelona paidos.
- 55.- William H.F. ( ) Escala de Tennessee de Autoconcepto. Adaptación castellana: Elena M de Alvarez y Guido Barrientos.
- 56.- Yalom D. I. (1986) Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo, 1ª ed XXI.