



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Psicología

“ASISTENCIA SOCIAL COMUNITARIA SOBRE
ALCOHOLISMO A TRAVES DE LA FORMACION
DE GRUPOS DE APOYO EN EL ESTADO DE
HIDALGO”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A ;

JIMENA RODRIGUEZ AVILA

D I R E C T O R D E T E S I N A :

LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ



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.

Con profundo agradecimiento:

A la facultad de Psicología y SUA:

A sus Docentes quienes me inculcaron conocimiento respeto y amor a mi profesión.

A la profesora y Lic. Yolanda Bernal Álvarez:

Quien dirigió el presente escrito, facilitando el dar alcance a mi objetivo.

A mis padres:

José Antonio Rodríguez Hidalgo y Elvia Ávila Lazcano por su apoyo incondicional y por su ejemplo de logro y amor.

A mi Hija:

Susi, quien dirige mi crecimiento y compromiso de vida.

A mi esposo:

Enrique , por su comprensión, apoyo y compañía, gracias.

A mis hermanos:

Claudia, Mónica y José Antonio, quienes representan comprensión, amistad y apoyo.

Por su amistad:

Paty, Verónica y Rocío.

A mis suegros:

Tere y Enrique, por su apoyo y cariño.

INDICE

INTRODUCCION

1. CAPITULO 1

ASISTENCIA SOCIAL EN EL DIF

1.1	Antecedentes Históricos	1
1.2	Organización Institucional	2
1.2.1.	El Marco Jurídico del DIF	2
1.3	Sistema DIF Hidalgo	3
1.4	La Dirección de Promoción del Desarrollo Comunitario	5
1.4.1.	Esquema Actual de Trabajo	7
1.4.2.	Seguimiento y Evaluación	8
1.5	DIF Municipal	12
1.6	Función del Psicólogo en la Red Móvil	13

2. CAPITULO 2

ALCOHOLISMO

2.1	Antecedentes	15
2.2	Definición	16
2.3	Tipos de Alcoholismo	17
2.4	Causas	19
2.4.1.	Factores de tipo personal	21
2.4.2.	Factores de tipo grupal	21
2.4.3.	Factores de tipo estructural	21

2.4.4.	Factores económicos	22
2.4.5.	Factores geográficos	22
2.5	Efectos del Alcohol	22
2.5.1.	Corporales	22
2.5.2.	Familiares	27
2.5.3.	Codependencia	29
2.6	El alcohol y la mujer.	29
2.6.1	El alcohol y el embarazo.	30
2.7	El papel de los padres en la prevención del alcoholismo.	31
2.8	El consumo del alcohol en la adolescencia.	33

2. CAPITULO 3

DINAMICA DE GRUPOS

3.1.	Formación de grupos	37
3.1.1.	Preparación para el grupo	37
3.1.2.	El Escenario	38
3.1.3.	Tamaño	38
3.1.4.	Selección	38
3.1.5.	Composición del grupo	39
3.1.6.	Estructura	40
3.2.	Composición de Grupos	40
3.2.1.	Etapa uno: Iniciación del Grupo	40
3.2.2.	Etapa dos: Conflicto y Confrontación	46
3.2.3.	Etapa tres: Cohesividad	49

3.2.4. Etapa cuatro: Productividad	53
3.2.5. Etapa Cinco: Terminación	57
3.3. Terapia de Grupo con Pacientes Alcohólicos	58
3.3.1. Estrategias grupales y requisitos	59
3.3.2. Abordajes tradicionales de la Terapia Grupal	59
3.3.3. El tratamiento como proceso cronológico	60
3.3.4. Factores curativos	61
3.3.5. El tratamiento en la etapas iniciales y avanzadas	61
3.3.6. Adicción y Familia	64

4. CAPITULO 4

PROPUESTA: PROGRAMA PREVENTIVO DE ALCOHOLISMO A NIVEL COMUNITARIO A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE GRUPOS DE APOYO

4.1. Planteamiento del Problema.	65
4.2. Justificación	65
4.3. Objetivo General	67
4.3.1. Objetivos Específicos	67
4.4. Propuesta de Intervención	68
4.4.1. Campaña Juvenil	69
4.4.1.1. Objetivo	69
4.4.2. Campaña Infantil	70
4.4.2.1. Objetivo	70
4.4.3. Campaña Escolar	70
4.4.3.1. Objetivo	70

4.5. Características de la propuesta	71
4.6 . Prueba para detectar el Alcoholismo	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXO I	75
ANEXO II	76

INTRODUCCIÓN

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, desde hace algún tiempo tiene la intención de mejorar la atención comunitaria, por lo que ha buscado capacitar al personal operativo que labora en sus diferentes áreas, y en especial al encargado de la "Red Móvil", que tiende a impulsar acciones que mejoren en gran forma el aspecto socioeconómico de los grupos en las comunidades marginadas. Este opera a través de un grupo de promotoras que trabajan directamente con los miembros de las comunidades rurales marginadas con menos de 500,000 habitantes que carecen de servicios públicos básicos a los que no ha llegado ayuda, con el objetivo de lograr el bienestar familiar y el desarrollo de la comunidad.

El personal operativo (promotoras sociales que pueden ser técnicas en Trabajo Social o tener un nivel escolar de secundaria) que lleva a cabo las actividades de Desarrollo Comunitario, cuenta con pocos conocimientos sobre aspectos de Salud Mental, sin embargo debido a su trabajo continuo en campo cuenta con experiencia necesaria para el manejo de las personas que viven en las comunidades marginadas del Estado de Hidalgo.

El Estado de Hidalgo está integrado por 84 municipios de los cuales el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Hidalgo (COPLADEH), considera 28 de ellos en condiciones de marginación, éstos se ubican fundamentalmente en las regiones: Huasteca, Sierra Alta, Sierra Baja, Sierra gorda y Sierra Tepehua Otomí. Tal condición de acuerdo a los INADES (Inventario de Necesidades de Alternativa y Desarrollo), documento que se maneja dentro de la Red Móvil por parte de las promotoras sociales, ha indicado que la mayoría de las regiones presenta problema de Alcoholismo, lo que ocasiona frecuentes problemas de tipo social y familiar.

Las características naturales, históricas y culturales del Estado, han venido conformando una situación socioeconómica con diferencias regionales que se reflejan en la calidad de vida, el bienestar de la población y los funcionamientos básicos de las comunidades. La agricultura como medio de subsistencia, el subempleo, la migración, la desnutrición, la ignorancia, el alcoholismo, violencia intra-familiar, abandono, desintegración familiar, disfunción familiar, etc., son algunos de los matices de las áreas marginadas y constituyen el propósito del trabajo comunitario.

Dentro de las acciones del Psicólogo se encuentra el buscar mejorar la salud mental de la población, pero al hablar de ésta nos referimos a la capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás, en el seno familiar, en la escuela, en el trabajo, así como establecer vinculaciones afectivas adecuadas, de tolerar la frustración y adaptarse a situaciones sociales interpersonales. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Por lo que en materia de Salud Mental es necesario educar, fomentar, orientar a la comunidad sobre las causas que la afectan, así como establecer un programa de prevención social, de tal forma que a través de una sociedad sana se logre un desarrollo integral tanto individual como colectivo.

Es por lo anterior que resulta indispensable capacitar a las promotoras, y trabajar con el Psicólogo, con el objetivo de elevar las condiciones de vida de las regiones más marginadas, fomentando la salud mental, por lo que se propone una campaña preventiva de alcoholismo a nivel comunitario, ya que este fenómeno social constituye uno de los principales problemas de salud en el Estado.

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a miles de personas en nuestro Estado, según una encuesta realizada por la Secretaría de Salud acerca del consumo de alcohol en los Estados de la República (1995), se sabe que de la República Mexicana somos el primer lugar en el consumo de alcohol, por lo que es considerado una de las principales causas de problemas de salud, familiares, laborales y sociales.

Para algunas personas el alcohol se ha convertido poco a poco en algo cada vez más importante en su vida, pudiendo llegar a hacerse dueño de sus acciones y pensamientos, así como alterar de forma negativa su comportamiento. Una vez que el alcohol se convierte en un problema para una persona o una familia, lo mejor es ponerse en manos de especialistas y en grupos de apoyo que se propone existan en la comunidad. Intentar solucionarlo con buenas palabras, con presión, con amenazas o esperando que el tiempo lo solucione, solo conduce a retrasar y agravar el caso, aumentando la frustración de la persona y de la familia. La única presión positiva que se propone es aquella orientada a que el bebedor problemático se ponga en contacto con personal capacitado y competente que labore en campo, algo similar a grupos de autoayuda (AA).

El Alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma posible de otras enfermedades o problemas emocionales. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genético, psicológico, cultural y de dolor físico (Jerome Jaffe, 1987)

Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y ajuste económico (OMS).

La mayoría de los alcohólicos son hombres, pero, no obstante, la incidencia de alcoholismo entre las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años (A.D. Pokorny, 1998). Además el riesgo del alcoholismo entre los hijos de padres alcohólicos es del 25%. Se sabe que el alcoholismo es mucho más frecuente entre los parientes cercanos de los alcohólicos (Amark y Bleuer, 1991).

El alcoholismo representa un enorme problema social, como factores asociados a éste se ha encontrado una correlación entre el consumo abusivo del alcohol y el incremento del índice de criminalidad, alcanzando cada vez edades más cercanas a la niñez (Oregon, 1991).

El consumo del alcohol se presenta como un hecho social derivado de otros factores previos como son la marginación social o integración de los individuos, las expectativas socio-

profesionales frustradas, la integración o desintegración familiar, etc., en suma de todo aquello que favorece o dificulta la consecución de una estabilidad afectiva que lleve al individuo a una situación de madurez (Cabildos y Cols, 1989).

Las familias con un miembro alcohólico (por lo regular el padre) sufren violencia, pérdida de la cohesión interna, tensión ininterrumpida y problemas en las interacciones sociales.

Como una respuesta a la preocupación y al problema social que el Alcoholismo representa se plantea esta propuesta de intervención de alcoholismo dirigida a la población en general de comunidades marginadas, y que tiene como objetivo principal: "Integrar a la familia y a la comunidad en los esfuerzos de prevención y en la promoción de estilos sanos de vida mediante la formación de líderes comunitarios que se conviertan en promotores y en elementos claves en la prevención del uso inadecuado del alcohol en su comunidad". Estas campañas se llevarán a cabo todo el año, mediante actividades tales como: Pláticas a padres de familia, entrenamiento de líderes comunitarios, talleres comunitarios, formación de redes de prevención y formación de agentes preventivos.

Por tal motivo se revisará como marco teórico los antecedentes y conformación de la asistencia social en el sistema DIF en el Estado de Hidalgo, así mismo antecedentes, definición, características, tipos, causas y efectos del alcoholismo.

Dentro de los aspectos de la propuesta de trabajo, se menciona la formación de grupos, por lo que es importante considerar el aspecto teórico de este punto, tal como: formación, tipos, composición, etapas y terapia de grupo con pacientes alcohólicos, dándose finalmente una propuesta de intervención a través de la Asistencia Social en el Estado que nos ocupa.

CAPITULO I

ASISTENCIA SOCIAL EN EL SISTEMA DIF

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) permite asumir en forma integral un papel como promotor del desarrollo social en las comunidades, al igual que conoce los elementos necesarios para un mejor desempeño en la ejecución de los Programas institucionales.

Siendo el carácter asistencial un proceso dinámico, es importante mencionar que esta información es a nivel indicativo de lo que se debe hacer en el Sistema DIF Hidalgo.

El DIF es una institución modelo en su género, con una concepción de la asistencia social que se sustenta en los más altos principios de fraternidad y convivencia, es un ejemplo de continuidad en el apoyo solidario concertado, comprometido y responsable a la población desamparada.

Sus raíces de estricta condición latinoamericana, se remontan a los antiguos mexicanos que en su momento desarrollaron novedosos conceptos asistenciales por lo tanto para comprender mejor el funcionamiento del DIF es necesario que se conozcan cuales son los lineamientos generales de trabajo en los diferentes departamentos es por ello que se tratará de explicar en que consiste este aspecto.

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El sistema para el Desarrollo integral de la familia ha sufrido una serie de cambios y reestructuraciones en cada una de sus etapas históricas a partir de su fundación, por lo que se puede saber que durante el periodo virreinal la asistencia social en México dio lugar a la formulación de un pensamiento renovado que se concretó en nuevas instituciones.

A partir de la independencia surgió una asistencia social dinámica, como la Dirección General de Fondos de Beneficencia Privada dictada durante el porfirato. El 24 de enero 1929, el Gobierno del Lic. Emilio Portes Gil constituye la fundación de la Asociación de Protección a la Infancia (A.P.I.), a partir de 1929, surgieron instituciones que han permitido consolidar el concepto mexicano de la asistencia social, tales como: La Gota de Leche, La Asociación de Protección a la Infancia, la Secretaría de Asistencia Pública. El 31 de enero 1961 se funda el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.) durante el Gobierno Federal del Lic. Adolfo López Mateos.

El 15 de julio 1968 el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, Presidente de la República en esa época, crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.) que mas adelante el 24 de octubre de 1974 se reestructura formándose el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.) siendo Presidente el Lic. Luis Echeverría Alvarez. El 30 de Diciembre de 1975 surge el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, para que el 10 de Enero de 1977 se estableciera el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) siendo el Presidente Lic. José López Portillo.

El DIF surge de la fusión del IMAN y del INPI, que en 1982 se incorporó al sector salud, y un año más tarde se logró su consagración como garantía constitucional de protección a la salud así como organismo descentralizado. En 1986 se dictó la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, con la que actualmente el DIF realiza sus acciones en el contexto dinámico del Plan Nacional para atender a las personas desprotegidas. Es importante señalar que en todo este proceso de transformaciones institucionales el Gobierno del Estado de Hidalgo participó activamente creando el Sistema Estatal y Municipal, adoptando y desarrollando las acciones comprendidas en los diversos programas que fueron aplicados (Documento de capacitación y organización DIF nacional, 1999).

1.2. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

El Sistema funciona fundamentalmente mediante convenios de coordinación con distintos estados de la República Mexicana, así, los programas institucionales se canalizan a través de los sistemas estatales y municipales DIF con los que se mantiene relación constante.

Dentro de la filosofía del DIF es lograr un mejor porvenir, la familia y el niño deben contar con una mayor atención, porque la familia es la célula básica de cualquier sociedad. Con ese interés, el DIF trata de llevar a cabo el cumplimiento de los derechos que corresponden al menor y la familia. De esta forma el DIF otorga atención legal gratuita a través del programa de Asistencia Jurídica que se canaliza, a su vez, por la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Por otra parte, los Centros de Desarrollo Comunitario del DIF en México trabajan en beneficio del menor y la familia, principalmente en apoyo a la mujer y los niños. También se ha instrumentado el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), dirigido a jóvenes de 12 a 19 años. Este programa tiene como objetivo el mejorar las condiciones del adolescente mediante pláticas informativas relacionadas con los temas que inquieten a los adolescentes.

De esta forma con el funcionamiento adecuado de estos programas el DIF puede alcanzar algunos de sus objetivos planteados.

1.2.1. EL MARCO JURÍDICO DEL DIF

El Sistema DIF para lograr funcionar adecuadamente debe de cumplir con leyes debidamente estructuradas y sustentadas siendo estas establecidas a diferentes niveles así a Nivel Federal se habla de la Constitución Política Mexicana, Ley General de Salud, Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y Plan Nacional de Desarrollo.

En el nivel estatal se habla de la Constitución política de Hidalgo, Ley Estatal de Salud, Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal, Plan Estatal de Desarrollo y Estatuto Orgánico del DIF Estatal y por último a nivel municipal el Decreto de Constitución del Sistema DIF Municipal y Ley Orgánica Municipal.

En general el sistema DIF Nacional se define en la Ley Nacional de Asistencia Social como el órgano responsable de proporcionar y promover los servicios de Asistencia Social en el país. Es responsable de establecer los programas y lineamientos que deberán aplicarse en el

Estado y el Municipio. Siendo su población objetivo los menores de edad; niñas, niños y adolescentes; mujeres y hombres en estado de necesidad, víctimas de violencia familiar, personas como discapacidad, personas en la tercera edad, personas en alto riesgo social y en general toda la población en desamparo.

1.3. SISTEMA DIF HIDALGO

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Hidalgo es un organismo descentralizado de la Administración Pública del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene como objetivo la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios asistenciales y la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en materia llevan a cabo las instituciones públicas (Ley Estatal sobre el Sistema de Asistencia Social, Decreto no. 65 publicado en el Periódico Oficial del 31 de diciembre de 1988). Para el logro de sus objetivos el Sistema para el Desarrollo Integral de la familia Hidalgo (DIF Estatal) cuenta con la siguiente estructura:

- Presidencia del Patronato.- Máxima autoridad, órgano emisor de la filosofía asistencial.
- Junta de Gobierno.- Órgano rector de criterios, ideología y objetivos.
- Secretaria Particular.- Funciones de apoyo a la Presidencia del Patronato.
- Voluntariado.- Organizar grupos voluntarios de los sectores social y privado para llevar a cabo acciones de carácter asistencial.
- Dirección General.- Establecer las directrices de actuación del Sistema.
- Subdirección General.- Planear y organizar las actividades del Sistema.
- Dirección de Administración y Finanzas.- Administrar los recursos humanos, financieros y materiales.
- Dirección Jurídica.- Atención a asuntos legales de la Institución.
- Dirección de Desarrollo Comunitario.- Promover y coordinar acciones inherentes al desarrollo comunitario.
- Dirección de Asistencia Social.- Promover, difundir y coordinar servicios y actividades encaminadas al desarrollo familiar, de protección física y mental.
- Procuraduría del Menor y la familia.- Prestación organizada y permanente de servicios sobre asistencia jurídica.
- Casa de las Artesanías "Hidarte".- Promover, fomentar y comercializar la producción artesanal del Estado de Hidalgo.
- Dirección de Vinculación y Evaluación.- Fortalecer y ampliar la participación de los sectores social y privado en los programas institucionales.
- H. Junta General de Asistencia.- Atención a Pignorantes a través de los Montepíos canalizando los beneficios económicos a la Asistencia Social.
- Hospital del Niño.- Atención médica y hospitalaria a menores de 0 a 18 años.

Así mismo se cuenta con los siguientes centros asistenciales, de capacitación y de esparcimiento: Casa del Niño, Casa Hogar para varones, La Casita, Casa de la Tercera Edad, Casa Cuna, Albergue DIF, Centros de Desarrollo Comunitario Rurales y Urbanos, Casa de la Mujer Hidalguense, Librería y Ludotecas DIF.

A continuación se describe el organigrama general del Sistema Para el Desarrollo Integral de la familia en el Estado de Hidalgo.



1.4. LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO COMUNITARIO

La Red Móvil Hidalgo

La función del DIF es disminuir de nuestro país la pobreza, por ello se establece en diferentes programas como objetivo primordial, el mejorar las condiciones económicas y sociales de los sectores urbanos y rurales más desprotegidos de país (Manual anual del SNDIF, 1999).

Para lograrlo es necesario mejorar las formas de organización social de la población, aprovechar los recursos existentes en las zonas marginadas del país y fomentar la participación comunitaria. En la medida que los grupos de hombres, mujeres y jóvenes se organicen y participen, pueden actuar como agentes de cambio y modificar favorablemente sus condiciones de vida.

El DIF ha tratado de dar una respuesta a través de un programa llamado Red Móvil Nacional que tiende a impulsar acciones que mejoren en gran forma el aspecto socioeconómico de los grupos en las comunidades marginadas. Este opera a través de un grupo de promotoras que trabajan directamente con los miembros de las comunidades rurales marginadas con menos de mil 500 habitantes que carecen de servicios públicos básicos a los que no ha llegado ayuda, con el objetivo de lograr el bienestar familiar y el desarrollo de la comunidad. Promueve la participación activa de la población marginada para que por medio de la autoayuda, mejore sus condiciones de vida y se incorpore al proceso productivo. Las promotoras de la Red Móvil Nacional actúa dando orientación sobre cuestiones importantes como son: hábitos higiénicos y alimentarios, planificación familiar, cuidado de la salud, producción de alimentos para autoconsumo y comercialización, así como saneamiento ambiental, mejoramiento de la vivienda, construcción de aulas y letrinas, parques rústicos y reforestación.

Como objetivos particulares de la Red Móvil se encuentran los siguientes:

- Vincular y homogeneizar los programas y acciones de alimentación, salud, educación, vivienda, actividades orientadas al autoconsumo, cuidado y conservación del medio ambiente que llevan a cabo las diferentes instituciones y organizaciones, a fin de impulsar un proceso que dé integralidad en la planeación, ejecución y evaluación de las mismas.
- Mejorar las acciones y programas asistenciales con el propósito de fortalecer la promoción del desarrollo comunitario, a través de la planeación participativa que lleve a la organización de las comunidades.

Las actividades del promotor rural son las siguientes:

- ⇒ Reiterar a las autoridades locales los objetivos del DIF y propósito de su presencia.
- ⇒ Dar a conocer a los habitantes de las comunidades los mínimos de bienestar
- ⇒ Convocar a asambleas comunales para lograr la participación de los miembros de las comunidades en las acciones prioritarias o sentidas por los mismos.
- ⇒ Aplicar el inventario de necesidades y alternativas de desarrollo (INADE).
- ⇒ Detectar a través de la investigación la problemática comunitaria.
- ⇒ Convocar a reuniones para informar, invitar y motivar a los miembros de las comunidades a participar activamente en la solución de los problemas que afectan a las comunidades.
- ⇒ Efectuar coordinación con las autoridades locales y municipales para lograr su apoyo en el desempeño de las acciones programadas.
- ⇒ Detectar líderes de las comunidades para obtener su apoyo.
- ⇒ Integrar a los miembros de las comunidades como promotores voluntarios y/o comités de trabajo.
- ⇒ Preparar y adiestrar a los Promotores Municipales del DIF.
- ⇒ Formar o fortalecer la organización comunitaria para ejecutar las actividades programadas a corto y mediano plazo.
- ⇒ Brindar apoyo técnico y operativo a los miembros de las comunidades en la planeación y ejecución de las actividades a realizar.

Dentro de la Red Móvil se maneja la Red Móvil Tradicional, Municipal y Valle del Mezquital, las cuales consideran al desarrollo como parte importante para que la sociedad obtenga los medios necesarios para una vida mejor, mediante alguna combinación de procesos sociales, económicos e institucionales. El Equipo Interdisciplinario en apoyo al programa de la Red Móvil, que dentro de su competencia, tiene por objetivo fundamental desarrollar tareas comunitarias en apoyo al sector más vulnerable, entre sus funciones estarán las siguientes:

- Diagnosticar y evaluar la información generada de las comunidades, con el objeto de proyectar estrategias particulares de ayuda.
- Realizar estudios e investigaciones a nivel familia y comunidad que permitan reorientar el desempeño de los programas de ayuda
- La elaboración de campañas de bienestar social, expresadas a través de la formulación de proyectos sociales concretos.
- La elaboración de programas de supervisión-asesoría que permitan evaluar el desempeño del programa y su impacto en las comunidades.
- Proporcionar asesoría técnica gratuita en las especialidades que cubre el equipo directamente en el lugar donde se necesita.
- Contribuir en la elaboración de un calendario de capacitación a promotoras que propicie su actualización de conocimientos y nuevas técnicas.
- La asistencia a población en eventos extraordinarios (Inundaciones, plagas, etc.)

- Elaboración de propuestas de proyectos productivos con destino a subsanar el rezago social, ofreciendo posibles soluciones para elevar su calidad de vida.

1.4.1. ESQUEMA ACTUAL DE TRABAJO

Actualmente se lleva a cabo un esquema de trabajo que consiste en dos modalidades de atención de la Red Móvil: **La Tradicional (RMT) y la Municipal (RMM)**. Este esquema considera la atención de 5 comunidades por municipio cada dos años por promotor rural, para que al final de seis años de operación, se atiendan un estimado de 330 comunidades en la RMT y 375 en la RMM, para un total de 705 comunidades de 47 municipios del estado. Esta forma de atención permite atender durante más tiempo y, en consecuencia, con más calidad, a cada comunidad, asimismo pueden ser visitadas cada una de ellas con mayor frecuencia para fines de supervisión-asesoría, generación de proyectos, así como dar un seguimiento más adecuado de los avances que se obtienen en materia de desarrollo social. Dicha atención contempla los siguientes eventos; un diagnóstico comunitario y una evaluación anual que posibilite su revisión para rectificación y/o ratificación, éstos se realizan a través de los instrumentos como CCVI, CAPRE, INADE, CICU, ICUA, RAP, Registro de permanencia, Acta de asamblea, Diario de campo, CIEM, CIM y calendario de trabajo, más adelante se realiza la descripción de cada uno de éstos.

Los indicadores a utilizar en relación al impacto del programa son los índices de marginación social y de vulnerabilidad, mediante los cuales se obtienen formas comparativas de la incidencia del trabajo comunitario desarrollado por el personal operativo Red Móvil en las diferentes comunidades.

Las actividades de orientación y promoción de la promotora están encaminadas en **seis mínimos de bienestar** y tienen el objetivo de elevar el bienestar social de las familias de las localidades, así como lograr su propia autogestión (Subdirección General de Asistencia y Concertación DIF, 1998):

1) Alimentación.

Para incidir en incremento de los niveles de nutrición de la población por medio de la orientación para el enriquecimiento de la dieta familiar y la promoción de la autoproducción de alimentos en apoyo a la economía familiar a través del establecimiento de huertos horticolas, frutícolas, de soya y nopal verdulero, tecnología para la conservación de alimentos y la elaboración de alimentos a base de soya.

2) Salud

A fin de incidir asertivamente en la población de las comunidades mediante la orientación sexual, del uso de métodos de planificación familiar. Promover el mejoramiento de los estados de salud de la población mediante la realización de pláticas de orientación para la salud, la promoción de vacunación masiva, así como la asistencia de los habitantes a los centros de salud, clínica rural y la canalización de discapacitados.

3) Vivienda

Promoción del mejoramiento de la vivienda mediante jornadas comunales y la ejecución de programas específicos de apoyo.

4) Educación

Contribuir con las actividades de alfabetización, primaria y secundaria abierta, mediante la formación de grupos, canalizándolos al INEA y SEPH para su atención, fortalecer la conciencia cívica de los habitantes propiciar el rescate y/o conservación de las tradiciones culturales de las comunidades y fomentar la integración social de los habitantes.

5) Actividades productivas

Fomentar la organización de los habitantes para el establecimiento de proyectos productivos que permitan la generación de empleos alternativos y mayor flujo económico en las comunidades a nivel comunal.

6) Saneamiento ambiental

Fomentar la conservación del medio ambiente de las comunidades a través del tratamiento de los desechos sólidos, jornadas de limpieza, deshierbe de caminos, conservación de flora y fauna original, la reforestación y forestación.

Otras actividades que se realizan son: Diagnósticos comunitarios, promoción para la organización comunitaria, promoción para la regularización del estado civil, convivencias comunales, promoción de los derechos humanos, asesoría legal, la perspectiva de género en el desarrollo comunitario, coordinación con los programas institucionales apoyo al Programa Nacional de Discapacitados, promoción de cocina y comedores comunitarios, levantamiento de censos de peso y talla y, la formación de grupos de tercera edad y juveniles.

1.4.2. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para llevar a cabo el control y evaluación de las actividades realizadas y poder informar los avances y resultados del trabajo de campo se cuentan con los siguientes instrumentos de seguimiento:

- 1) Convenio de trabajo para la promoción del desarrollo comunitario.- Es un instrumento en donde se establecen compromisos de trabajo y coordinación entre el sistema Estatal DIF y las autoridades municipales para el desarrollo del programa en cada comunidad.
- 2) Cronograma de comunidades a visitar (CCVI).- Es un documento elaborado por la Subdirección de la Red Móvil, donde se programa y calendariza las comunidades a visitar y días de permanencia durante el mes, y debe ser validado por las autoridades municipales.
- 3) Cédula de actividades programadas y realizadas. (CAPRE).- Este documento es de carácter mensual y sirve para comparar las actividades programadas con las realizadas. Debe ser validado por las autoridades municipales.
- 4) Inventario de necesidades y alternativas de desarrollo (INADE).- Es un documento de elaboración anual para recabar información básica de la comunidad y se integra en dos partes:

Primera parte: Información de la comunidad:

- I. Datos geográficos.
- II. Antecedentes históricos.
- III. Datos estadísticos.
- IV. Actividades productivas.
- V. Infraestructura.

Segunda parte: Programación de actividades a realizar durante un año para el mejoramiento de los seis mínimos de bienestar.

- I. Alimentación
- II. Salud.
- III. Vivienda
- IV. Educación
- V. Actividades productivas.
- VI. Saneamiento ambiental.

Este documento deberá ser validado por las autoridades locales y municipales, firmado y sellado.

5) Cédula de información cualitativa (CICU).- Es un informe mensual narrativo concentrado de las actividades más sobresalientes efectuadas por la promotora durante su estancia en las comunidades. Debe contener la siguiente información:

- ◆ Lugar y fecha.
- ◆ Actividades realizadas.
- ◆ Avances del programa a nivel comunitario.
- ◆ Compromisos establecidos con autoridades locales y municipales.
- ◆ Resultados de concertaciones efectuadas.
- ◆ Firmado y sellado por autoridades municipales.

6) Informe cuantitativo (ICUA).- Es un informe mensual cuantitativo de las actividades efectuadas por la promotora durante su estancia en las comunidades. Este informe debe estar correctamente requisitado y validado por la autoridad municipal.

7) Relación de asistentes a pláticas (RAP) .- El objetivo de este formato es de contar con un documento que permita cuantificar el número de los asistentes a las diferentes pláticas desarrolladas por el promotor rural. En éste se deben resumir los puntos más importantes del tema o temas tratados, además debe ser avalado por las autoridades locales y municipales.

8) Registro de permanencia.- Este documento de carácter mensual en donde la promotora registra los días que permanece en las comunidades del municipio, a fin de comprobar su estancia en las mismas. Se debe entregar bien requisitado con el nombre

Primera parte: Información de la comunidad:

- I. Datos geográficos.
- II. Antecedentes históricos.
- III. Datos estadísticos.
- IV. Actividades productivas.
- V. Infraestructura.

Segunda parte: Programación de actividades a realizar durante un año para el mejoramiento de los seis mínimos de bienestar.

- I. Alimentación
- II. Salud.
- III. Vivienda
- IV. Educación
- V. Actividades productivas.
- VI. Saneamiento ambiental.

Este documento deberá ser validado por las autoridades locales y municipales, firmado y sellado.

5) Cédula de información cualitativa (CICU).- Es un informe mensual narrativo concentrado de las actividades más sobresalientes efectuadas por la promotora durante su estancia en las comunidades. Debe contener la siguiente información:

- ◆ Lugar y fecha.
- ◆ Actividades realizadas.
- ◆ Avances del programa a nivel comunitario.
- ◆ Compromisos establecidos con autoridades locales y municipales.
- ◆ Resultados de concertaciones efectuadas.
- ◆ Firmado y sellado por autoridades municipales.

6) Informe cuantitativo (ICUA).- Es un informe mensual cuantitativo de las actividades efectuadas por la promotora durante su estancia en las comunidades. Este informe debe estar correctamente requisitado y validado por la autoridad municipal.

7) Relación de asistentes a pláticas (RAP) .- El objetivo de este formato es de contar con un documento que permita cuantificar el número de los asistentes a las diferentes pláticas desarrolladas por el promotor rural. En éste se deben resumir los puntos más importantes del tema o temas tratados, además debe ser avalado por las autoridades locales y municipales.

8) Registro de permanencia.- Este documento de carácter mensual en donde la promotora registra los días que permanece en las comunidades del municipio, a fin de comprobar su estancia en las mismas. Se debe entregar bien requisitado con el nombre

de la comunidad, fecha, la actividad realizada, nombre, forma y sello de la autoridad competente que valida dicho documento.

9) Acta de asamblea.- El objetivo de este formato es establecer por escrito las actividades desarrolladas durante el mes y registrar el o los compromisos con los habitantes para dar continuidad de las actividades pendientes. Debe estar validado por las autoridades locales y formado por los asistentes.

10) Diario de campo.- Es una herramienta de trabajo de la promotora en donde concentra la información de las actividades realizadas diariamente. Facilita la elaboración de informes y permite dar a conocer las dificultades a las que se enfrenta, o bien los apoyos que recibe, en la realización de sus actividades. Debe contener la siguiente información:

- Lugar y fecha.
- Actividades a realizar.
- Descripción de las actividades realizadas es decir el ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde? y ¿por qué?
- Total de las acciones realizadas durante el día.
- Firmado y sellado por autoridades locales y municipales.

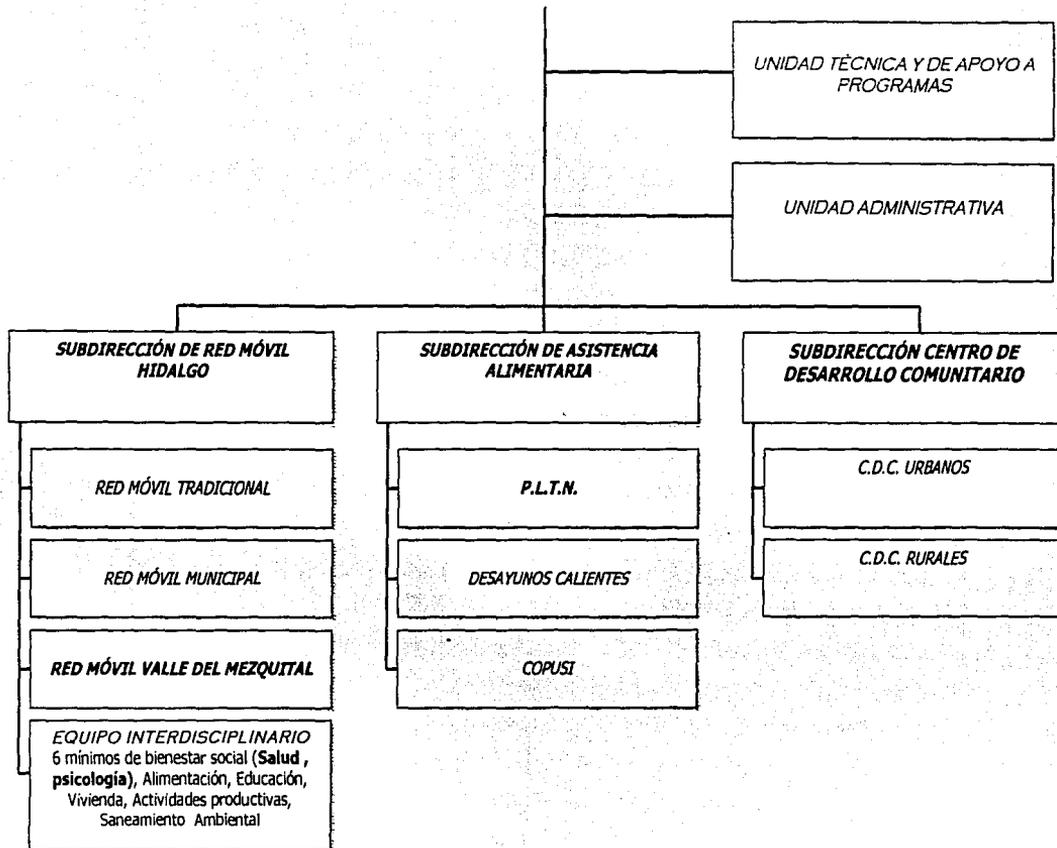
11) Cédula de información y evaluación mensual (CIEM).- Es un documento útil para concentrar la información sobre la permanencia del promotor en comunidad, y las actividades programadas y realizadas, con el fin de cuantificar la productividad de cada uno de ellos durante el mes. Es un documento de manejo interno de la Red Móvil Estatal.

12) Concentrado de información mensual (CIM).- Este documento sirve para concentrar la información de la productividad mensual de todos los promotores en forma comparativa, a fin de determinar quien obtuvo mayor productividad. Este es un documento de empleo exclusivo en la Red Móvil Estatal.

13) Calendario de trabajo.- Es el documento donde se establecen los días a elaborar de cada mes de todo el año, los días de descanso, vacaciones y entrega de información en la Red Móvil Estatal.

Como se ha descrito el programa Red Móvil requiere tener coordinación con los DIF Municipales por lo que es necesario conocer su funcionamiento.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DEL
DESARROLLO COMUNITARIO



1.5. DIF MUNICIPAL

El sistema DIF Municipal es la instancia responsable de proporcionar asistencia social en el municipio, coordinando las acciones que en este aspecto realicen otras instituciones, promoviendo la integración familiar y comunitaria, propiciando la participación activa, organizada, y consciente de la población en su conjunto.

El objetivo del DIF Municipal radica en ayudar directamente a la población que necesita de los servicios de asistencia social en su mismo lugar de origen, promueve la participación de todas las personas, en la solución de sus problemas comunitarios (Documento de capacitación y organización DIF nacional, 1999).

RESPONSABILIDADES DEL DIF MUNICIPAL

- Coordinar acciones asistenciales que realizan otras instituciones en el Municipio.
- Promover el bienestar social de la población.
- Fomentar la integración social y familiar.
- Fomentar el sano crecimiento físico y mental de niños y adolescentes.
- Operar establecimientos de asistencia social en el municipio a beneficio de los niños y niñas, adolescentes, mujeres, ancianos o minusválidos.
- Realizar estudios e investigaciones (diagnóstico de necesidades y potencialidades) sobre problemas de la familia y la comunidad, para realizar el programa de trabajo.
- Elaborar el programa de asistencia social anual.
- Organizar a la población en grupos para resolver la problemática comunitaria.

FUNCIONAMIENTO DEL DIF MUNICIPAL

- Realiza un diagnóstico de necesidades para determinar que programas asistenciales son necesarios en la solución particular de los problemas en cada comunidad.
- Mantiene estrecha coordinación con el Sistema DIF Estatal para la implementación, operatividad y seguimiento de sus programas.
- Establece su presupuesto financiero y organiza actividades con el objeto de allegarse de recursos adicionales.
- Coordina las actividades de asistencia social con las instituciones de gobierno y organismos no gubernamentales existentes en el municipio.
- Se apoya, para llevar a cabo sus actividades, en los recursos y programas de otras instituciones, con las cuales se coordina.
- Opera con base a normas y lineamientos establecidos por el Sistema DIF.
- Fija sus actividades en la población más pobre del municipio.
- Concreta las acciones a realizar en un programa anual de trabajo y calendariza sus actividades.
- Capacita al personal que aplica los programas, en coordinación con DIF Hidalgo.
- Crea conciencia de participación ciudadana.
- Lleva el control de las actividades realizadas y las registra para determinar su avance en los programas.
- Informa de las actividades realizadas al Sistema Estatal DIF Hidalgo.

- Lleva en forma permanente el control de los recursos utilizados en cada programa y/o actividad.

Promotores comunitarios.- La figura del Promotor o Promotora Comunitaria es indispensable ya que es el grupo de personas que acuden directamente a las comunidades para efectos de realizar los diagnósticos de comunidad así como para organizar a la comunidad para la atención de los problemas que se presentan. El total de Promotoras es acorde al número de comunidades que existen en el municipio, estableciendo un plan de trabajo en forma regionalizada.

1.6. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA RED MÓVIL.

El programa de la Red Móvil cuenta con un Equipo Interdisciplinario, que se encuentra formado por:

- Ingeniero industrial.- Cuya función es asesorar a promotoras sociales en la producción, elaboración, conservación de alimentos y establecimiento de huertos hortícolas, frutícolas, de soya y nopal verdulero.
- Ingeniero civil.- Orienta a las promotoras en el mejoramiento de viviendas comunales y áreas verdes de las comunidades.
- Ingeniero agroindustrial.- Fomenta el establecimiento de proyectos productivos.
- Médico veterinario zootecnista.- Fomenta la conservación de flora y fauna así como el establecimiento de proyectos productivos avícolas, piscícolas, etc.
- Psicólogo.- Promueve el mejoramiento de los estados de salud de la población y fomenta la integración social de los habitantes.

El psicólogo que se desempeñe en el área social debe de tomar en cuenta la cultura, creencias, actitudes, costumbres, valores, etc. de las comunidades. Se tiene conocimiento que las malas condiciones de salud en las zonas urbanas requieren programas dinámicos en la planeación y el desarrollo, el psicólogo, trabajador social y otro personal de la salud (promotor social) tienen una importante tarea que realizar. Por lo general las promotoras sociales requieren un adiestramiento específico para contender aspectos de la cultura, la salud y el desarrollo humano conociendo técnicas de medición e intervención en diversas poblaciones.

Actualmente debido a múltiples razones sociales y económicas (pobreza, marginación, falta de educación y salud) en las zonas de alta marginalidad, resulta difícil que los habitantes presenten un nivel de vida digno, por esto los programas de desarrollo comunitario, trabajan para extraer recursos que mejoren la calidad de vida de los individuos y las familias, y difunden nuevos conocimientos y técnicas (J. Sánchez, 1999).

El área de Salud Mental de la Red Móvil Hidalgo incide en la población mediante la capacitación de su personal como lo son las promotoras sociales en los temas de: orientación sexual, el uso de métodos de planificación familiar, promueve el mejoramiento de los estados de salud de la población mediante la realización de pláticas de orientación para la salud, la equidad de género y entre otros temas, como difundir la asistencia de los habitantes a los centros de salud, clínica rural y la canalización de discapacitados a

instituciones especializadas. Educación para la salud, salud reproductiva y planificación familiar, estimulación temprana, cáncer cérvico-uterino (cérvix), formación de grupos juveniles, infantiles, ancianos, etc.

A su vez el psicólogo en la Red Móvil concientiza a la población en general mediante pláticas, boletines informativos, formación de grupos, etc, sobre la importancia de la educación como un factor para mejorar las condiciones de vida tanto familiares como individuales y esto se logra orientando acciones, fomentando las actividades recreativas, la convivencia social y familiar así como detectando problemas de salud mental y educando a las familias de las comunidades de alta y muy alta marginalidad que junto con las promotoras sociales y diversas instituciones (SSA, INEA, SEP) se pretende disminuir los problemas sociales y psicológicos y de esta forma mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones. Otra de las actividades que se realizan es instruir a las promotoras sociales en los temas de salud mental comunitario con el propósito de que adquieran un conocimiento general de ésta área y de esta forma realicen canalizaciones a instituciones especializadas, esto siempre en coordinación con el psicólogo social de la red Móvil, que se encuentra supervisando constantemente el trabajo en campo.

Las acciones específicas del psicólogo de la red Móvil:

- La realización de Trípticos con el objetivo de difundir los temas anteriormente planteados.
- La detección de pacientes con alguna secuela o discapacidad mental con el propósito de atenderlos o canalizarlos a las Instituciones especializadas.
- Llevar acabo reuniones de evaluación periódicas con el promotor social para conocer los avances y las necesidades de las comunidades.
- Informar y actualizar continuamente a las promotoras de Red Móvil sobre los aspectos de Salud Mental mediante pláticas, cursos, llevados a cabo mensualmente con el propósito de que la información sea difundida en las comunidades y a los promotores voluntarios.
- Capacitación a las promotoras de la Red Móvil sobre temas que se les dificulten o desconozcan, así como al promotor voluntario.
- Supervisión periódica en las comunidades, con el objetivo de conocer el trabajo realizado por las promotoras.
- Las promotoras proporcionan información al equipo interdisciplinario en relación al estudio de las comunidades y habitantes sobre los logros y alcances de cada mes con el propósito de conocer los beneficios que han obtenido del programa Red Móvil.

Para que estas acciones se puedan realizar se establece que la propia comunidad debe constituirse como complemento operativo de los programas preventivos que se implementen asignándose tareas para que participe en la gestión de los servicios con el fin de mejorar la calidad de vida.

CAPITULO 2 ALCOHOLISMO

2.1. ANTECEDENTES.

La palabra alcohol es de origen arábigo, que significa "lo sutil" esto se aplicaba al polvo finísimo de antimonio con que se pintaban ojerías las mujeres orientales y españolas. Como el alcohol se vaporiza fácilmente se le llamó espíritu ligero. La Biblia lo menciona como zumo de uvas fermentadas, al hablar de la embriaguez de Noé, Gregory, I. (1970) dice: "La historia que relate Noé araba un día y fue tentado por el demonio, quien le preguntó por lo que hacía. Noé contestó: "Estoy plantando un viñedo. Cuando la fruta está madura, las uvas son excelentes para comer frescas o secas, y cuando se les exprime, los jugos se vuelven vino que calienta el cuerpo y el espíritu. El diablo le sugirió que fuesen socios del viñedo, y Noé aceptó, e inmediatamente el demonio sacrificó un cordero, un león, un mono y un cerdo para que la sangre de cada uno de los que la tomen fecundara las raíces de la vida. Ello ha sido interpretado como que el hombre en sus cinco sentidos es como un cordero manso e inofensivo. Después que comienza a beber, se siente como un león, orgulloso y seguro de sus fuerzas. Si toma más, comienza a hablar desordenadamente, a escabullirse y a comportarse como un mono tonto. Si bebe aún más, cae al suelo y se revuelve en alimento, bebida y porquería".

El alcohol es una droga cuya producción, tráfico y consumo están legalizados en nuestra sociedad. Forma parte de nuestros hábitos dietéticos y es un elemento casi indispensable en las relaciones sociales. El uso de bebidas alcohólicas no produce problemas individuales ni sociales "per-se", sin embargo, cuanto más se extiende su uso, mayor es el número de individuos que abusan o son dependientes. Desde unos 6000 años antes de Cristo se produjeron en diversas zonas del mundo cervezas y vinos por medio de la acción fermentadora de la levadura de cerveza en algunos azúcares. En el siglo octavo de nuestra era, pudo producirse en forma concentrada el alcohol etílico, que es el ingrediente eficaz de las bebidas alcohólicas. Según se sabe, un árabe conocido como Jahir ibn Hayyan inventó la destilación, y fue el primero en hacer una bebida más potente similar en sus efectos al brandy o al vodka (Mayfield y Coleman, 1992).

La utilización del alcohol quedó pronto ligada a fiestas y celebraciones mágico-religiosas. En el viejo Mundo, durante los siglos del esplendor griego y romano (desde el siglo V a. De JC.), la producción del vino se extendió por todo el Mediterráneo. Gloor llama a esta fase "primera onda de alcoholización". El vino fue ensalzado y tenía sus dioses como los Dionisios y Baco. El alcohol fue uno de los ejes de la "romatización" (Coleman y colaboradores, 1990).

Durante la Edad Media se consiguió la destilación del alcohol. Mediante el alambique se obtuvieron alcoholes de mucha mayor graduación. Estas bebidas se impusieron sobre todo en el Norte de Europa. En otras zonas del planeta también se conocían las bebidas alcohólicas. Cuando Colón llegó al Nuevo Mundo, en Centroamérica ya se consumía cerveza de maíz o "chicha". Sin embargo, los indios del Norte de México no conocían el

alcohol y al entrar en contacto con él sufrieron grandes estragos. En España en contra de la creencia común, no hubo producción ni consumo importante de alcohol durante siglos. La producción de vino fue muy reducida hasta finales del siglo pasado en que se incrementó muy notablemente debido a la destrucción de las vidas francesas por la filoxera, a la desaparición de los mercados americanos y a la industrialización. Actualmente España es el tercer país del mundo en consumo de alcohol por individuo, detrás de Francia y Luxemburgo (Robert Petersen y Ray Hodgson, 1993)

Así desde los orígenes de la humanidad los hombres habrían observado que un jugo de frutas azucarado expuesto al aire libre durante algunos días se convertía en un brebaje que tenía propiedades psicotrópicas especiales. Tal vez, debido a estas propiedades, y a los misterios de la fermentación, se tendió a sacrificar esta bebida y a usarla con fines místicos o sagrados. Podemos citar como ejemplo el culto a Dionisios o Baco, o la conversión del vino en sangre en la misa católica.

Su uso excesivo, embriaguez o borrachera, fue considerado como vicio, pecado, asociado a la locura, a la degeneración, a la violencia (Jerome Jaffe, Petersen Rober y Hodgson Ray, 1985).

Las bebidas fermentadas o alcohólicas a lo largo de la historia, han sido objeto de glorificación y abominación simultáneas. En la Biblia, sobre todo en el Antiguo Testamento, se hace referencia cerca de quinientas veces al vino, ya sea para elogiarlo, o, por el contrario, para poner en guardia a los hombres contra su maleficio.

A mediados del siglo XIX el médico sueco Magnus Huss acuñó el término alcoholismo para designar al común denominador de las enfermedades cuya causa era el alcohol etílico. La terminación "ismo" presentaba la ventaja de que no poseía ya esa carga afectiva que hasta entonces había condenado a los borrachos. Por esa época aparecen numerosos trabajos clínicos que describían las consecuencias tóxicas del alcoholismo, y algunos aspectos sociológicos, dentro de la escuela francesa Legrain (1889), Garnier (1890), Mignot (1905), etc. y de la escuela alemana, a comienzos de este siglo: Kraepeling, Heilbronner, A. Florel, E. Bleuler, etc.

Sin embargo, en esta misma época, fin del siglo XIX, surgió toda una literatura seudocientífica que oscureció la problemática de la etiología y de la patogenia del alcoholismo, con consideraciones moralizantes y apasionadas ligadas a la teoría reinante sobre la degeneración: el alcoholismo pasó a ser un vicio, atributo de degeneración.

Recién en 1940-1950 se comienza a concebir el alcoholismo como una enfermedad, realizándose campañas de salud destinadas a la prevención y a la cura, gracias a las investigaciones de E. M. Jellinek y la Escuela Americana.

2.2. DEFINICIÓN

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada

El cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve a ellos. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol afecta su pensamiento, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad depende de factores de índole genética, psicológica, cultural y de dolor físico (Jerome Jaffe, 1990).

Los alcoholistas definen como un estado patológico en el cual la persona consume alcohol, en exceso, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o, cuando el consumo de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socioocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y/ o ajuste económico (OMS).

Para que una persona se vuelva alcohólica, por lo general se deberán tener en cuenta otros factores como rasgos biológicos, genéticos, culturales y psicológicos (rasgos de personalidad como baja autoestima, dificultad para establecer relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, etc.) (Jerome Jaffe, 1990).

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de ser alcohólicas antes de los 20 años y de convertirse en alcohólicos (Ray Hodgson, 1990), sin embargo aunque el alcoholismo se desarrolla por lo general durante los primeros años de la vida, los ancianos no están exentos. El alcohol afecta el cuerpo viejo de manera diferente; las personas que mantienen los mismos patrones de consumo de alcohol a medida que envejecen pueden fácilmente desarrollar dependencia del alcohol sin darse cuenta. La depresión y la ansiedad pueden desempeñar una función importante en el desarrollo del alcoholismo entre los ancianos, quienes a menudo están sujetos a cambios de vida no deseados como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo y problemas médicos.

La mayoría de los alcohólicos son hombres, pero, no obstante, la incidencia de alcoholismo entre las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años (A.D. Pokorny, 1988).

El riesgo del alcoholismo entre los hijos de padres alcohólicos es de 25%. Una familia y un ambiente psicológico estables no sirven de protección, para las personas con un riesgo genético elevado (Luevara, 1987). Lamentablemente, no hay manera de predecir qué miembros de las familias de alcohólicos están a un riesgo mayor de alcoholismo.

3. TIPOS DE ALCOHOLISMO

Existen tres tipos de alcoholismo (M. López Ibor, 1986):

1. Exceso alcohólico episódico.
2. Excesos alcohólicos habituales.
3. Adicción al alcohol.

1.- Exceso alcohólico episódico (bebedor excesivo episódico)

Este tipo consiste en intoxicaciones, provocadas por consumo excesivo de alcohol, y que se presentan con una frecuencia de cuatro a doce veces por año.

En este tipo de alcoholismo el individuo presenta charla incoherente o balbuciente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos (ataxia). Además, la alteración de la conducta es patente durante la intoxicación alcohólica.

Los accesos pueden durar varios días o semanas, se describen dos tipos:

- a) Los asociados con tensión (stress) física o mental.
- b) Los precipitados por cambios en el humor (cíclicos).

a) Exceso alcohólico asociado con tensión (stress) física o mental

El alcoholismo puede representar la defensa del individuo contra tensiones, problemas y estados de ansiedad que manifiestan en forma muy diversa: sensación de susto sin causa aparente; nerviosidad o agitación por dentro; sensación de miedo sin motivo de estar a merced de una amenaza o amago indeterminado; sensación de tensión muscular, taquicardia; necesidad de evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le causen miedo; temblores; dificultad para conciliar o mantener el sueño; dolores musculares, dolores en el corazón o en el pecho, sudores, dificultad para respirar, sensación de flojera o escasa energía, desvanecimiento o mareos, cefaleas (dolor de cabeza crónico), sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia, inseguridad en sí mismo, suspicacia de otros, etc.

La iniciación del hábito alcohólico en el enfermo neurótico ha sido explicada del siguiente modo:

- El sujeto se angustia por diferentes causas;
- el alcohol es muy eficaz para aliviar este estado;
- cualquier acto que reduce con facilidad la angustia tiende a convertirse en hábito;
- se establece un núcleo obsesivo, el sujeto sigue bebiendo en mayor cantidad, tiene verdaderos excesos alcohólicos.

Piensa que sólo la bebida puede mejorar eficazmente la angustia; a su vez, el haber bebido aumenta la angustia ya existente y le hace beber más. Es decir, en un principio tiende a obtener "un provecho psíquico", que puede ser incluso un simple placer sensorial gustativo o de alegría. Más tarde se establece el "circulo vicioso": la ingestión del alcohol mejora los síntomas que provoca la abstinencia, la voluntad se debilita y el sujeto se convierte en un alcohólico. Existe pérdida del dominio de la conducta alcohólica –es decir, incapacidad para alejarse del alcohol y tendencia a racionalizar su conducta alcohólica por medio de excusas-, asimismo, hay tendencia al aislamiento social, pérdida de intereses externos, disminución del impulso sexual, celos y, en ocasiones, el enfermo que al principio tenía únicamente excesos, ahora tiene que ingerir en forma regular y matinal el alcohol.

b) Excesos alcohólicos precipitados por cambios cíclicos del humor

En ocasiones es posible relacionar los excesos alcohólicos con los cambios del talante; esto es, puede atribuirse a un trastorno subyacente del humor, por ejemplo, en la psicosis maniaco depresiva de tipo maniaco. Numerosos estudios han demostrado la fuerte asociación de este tipo de psicosis con el abuso del alcohol. También algunas investigaciones le han relacionado con la fase depresiva (Minski, L., 1972), pero tanto el estudio de Myafield y Coleman (1968), como el publicado por Reich, L.H. y colaboradores (1974), han puesto de manifiesto la íntima asociación que existe entre el abuso del alcohol y la psicosis maniaco-depresiva, predominando en la fase de manía.

2. - Excesos alcohólicos habituales (bebedor excesivo habitual)

Se caracteriza este tipo de alcoholismo por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año; en otras ocasiones se trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

3. - Adicción al alcohol

Este tipo de alcoholismo también ha sido llamado alcoholismo crónico, dependencia al alcohol y dipsomanía. Puede decirse que hay adicción al alcohol cuando la ingestión en éste, en fuertes cantidades, se sostiene durante tres meses o más. Otra manifestación de adicción es que, al cesar la ingestión de alcohol, se presentan síntomas que pueden ser graves. Se han descrito los siguientes: temblor, debilidad, sudación, náusea, vómito, diarrea, hiperreflexia, fiebre, presión arterial elevada, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens. La intensidad de los síntomas dependen del grado de intoxicación y su duración. Es decir, en la adicción al alcohol existe tanto una dependencia emocional como física. Además el alcohólico crónico presenta el fenómeno de tolerancia; el consumo del alcohol cada vez mayor. Está establecido que la ingestión crónica de alcohol provoca una tolerancia farmacodinámica. Por lo tanto el sujeto que ha desarrollado tolerancia necesita concentraciones mayores del alcohol en la sangre, para llegar a la intoxicación, que el que no ha desarrollado dicha tolerancia. El uso crónico del alcohol provoca, además, un aumento de la capacidad para metabolizar éste.

2.4. CAUSAS

Se sabe que el alcoholismo es mucho más frecuente entre los parientes cercanos de los alcohólicos (Amark y Bleuler, 1991).

En realidad las causas del alcoholismo permanecen ignoradas. Se calcula que alrededor de 70 millones de adultos ingieren bebidas alcohólicas en nuestra sociedad contemporánea y, únicamente 1 6% de los que beben, desarrollan adicción al alcohol. Aunque se ha dicho, en forma irónica, que lo único que caracteriza la personalidad del alcohólico es el ingerir bebidas alcohólicas. Es fácil observar, en todos ellos, algunas semejanzas: el alcohólico es casi siempre un insatisfecho con él mismo y con el mundo que le rodea; es incapaz de enfrentarse a las tensiones y a sus problemas con éxito; para el alcohólico el beber constituye en muchas ocasiones un escape a las demandas de la vida; depende del alcohol

para alejarse del stress. Es probable, por lo tanto, que el complejo fenómeno del alcoholismo converge numerosos factores familiares.

En México existe un enorme porcentaje de homicidios y de alcohólicos; éstos aspectos se deben en muchas ocasiones a que la cantidad de calorías ingeridas en la alimentación es baja; nuestras clases pobres y en especial nuestros campesinos y artesanos no han logrado gran consumo de carne -- a veces les falta enteramente- hacen gran uso de hidratos de carbono y el consumo de bebidas alcohólicas fermentadas (M- E. Bustamante 1974)

En especial el pulque- es muy notable, pues está relación con la insuficiencia del régimen alimenticio y la cantidad de fuerza que cada campesino u obrero tiene que gastar para atender a su trabajo. Luego, en muchos de estos casos, tanto campesinos como obreros recurren a las bebidas fermentadas para corregir su desnutrición y aumentar su actividad muscular; ya que dichas bebidas suministran, en forma temporal, materiales de energía y reparación. Se piensa que buen número de alcohólicos en nuestro país se ha iniciado en esta forma (Cabildos y cols, 1989).

Dentro de los estudios realizados Kari Buck (1995), ha comentado que si se prueba que los humanos tienen genes similares, se podrá conocer un nuevo camino para desarrollar fármacos frente al alcoholismo. Asimismo, el conocimiento de esos genes puede ofrecer a los médicos pistas para detectar la susceptibilidad al alcoholismo. Los autores del trabajo han identificado marcadores de los genes relacionados con el alcoholismo en tres cromosomas diferentes. Los ratones que heredan una versión o un alelo de dichos genes presentan un mayor riesgo de sufrir síndrome de abstinencia. Los ratones con diferentes alelos de los genes están protegidos de dichos síntomas.

Este no es el primer estudio que demuestra la predisposición genética al alcoholismo, ya que el año pasado el equipo de John Crabbe, 1995 de la Universidad de Princeton, encontró en ratones un marcador genético de un gen que empuja a los animales a beber alcohol. Así, los animales que presentan dicho gen desarrollan una señal en el cerebro para beber más alcohol que los ratones normales. Los animales mutados son capaces de tolerar más alcohol y tienen una actitud más agresiva. No obstante, el estudio de Oregon es el primero que demuestra una base genética para la dependencia física al alcohol, más que una tendencia a beber alcohol.

Como factores asociados al alcohol se han encontrado una correlación entre el consumo abusivo del alcohol y el incremento del índice de criminalidad, alcanzando cada vez edades más cercanas a la niñez (Oregon, 1991).

El consumo del alcohol se presenta como un hecho social derivado de otros factores previos como son la marginación social o integración de los individuos, las expectativas socio profesionales, la integración o desintegración familiar, etc; En suma, de todo aquello que favorece o dificulta la consecución de una estabilidad afectiva que lleve al individuo a una situación de madurez (Cabildos y cols. 1989).

En general, se puede afirmar que la mayoría de las veces, las personas lo usan para intentar cambiar el estado de ánimo, siendo su fin sentirse más felices, quizá buscando escapar de

sus problemas, de dolores, de la ansiedad o de frustraciones; y aunque, en algunos casos, se consume para satisfacer una curiosidad o probar lo prohibido, el peligro que se corre en la mayor parte de las ocasiones procede del desconocimiento de la sustancia utilizada, de los peligros y perjuicios que el alcohol puede acarrear por sí mismo.

El alcohol, por sí solo, no resuelve los problemas (Robert Petersen, 1989); se ha visto que tan solo pospone, y, casi siempre, los agrava; lo que suele hacer que su resolución sea cada vez más difícil. Al realizar encuestas las personas mencionan que en ocasiones al utilizar el alcohol se sienten mejor. Esto no es cierto, y sus efectos ficticios, como no perduran, inducen a volverlo a consumir, aumentando generalmente la cantidad para sentir los efectos apetecidos.

Algunos factores asociados al consumo del alcohol según Hollack (1985) son:

2.4.1. FACTORES DE TIPO PERSONAL:

- La Edad.- Se da un inicio entre los 10/12 años, un consumo masivo entre los 16/20 años, y un descenso a partir de los 20 años
- El sexo.- No determina un mayor o menor consumo el hecho de ser hombre o mujer. Se da muy por igual en ambos sexos, si bien los varones son un porcentaje mayor.
- Ocupación: El consumo se da por igual entre estudiantes, trabajadores y jóvenes en paro (Si bien entre estos últimos las tasas de consumo son proporcionalmente más elevadas).

2.4.2. FACTORES DE TIPO GRUPAL:

Entre los que cabe señalar principalmente el grupo de referencia de amigos, las personas con quienes se vive (hay más consumo entre quienes viven con un grupo de iguales, no con la familia de origen). No hay que olvidar que el consumo del alcohol está envuelto en toda una mística y ritual grupal y no tanto individual.

2.4.3. FACTORES DE TIPO ESTRUCTURAL:

- El medio familiar, particularmente en familias con situaciones anómalas.
- La actividad socioprofesional, particularmente la insatisfacción profesional y las situaciones de paro a que se ven obligadas las generaciones más jóvenes, ya que este ocio forzado, favorece notablemente el consumo de tóxicos.
- El medio educativo, ya que la rigidez del sistema educativo origina no pocos fracasos escolares que revierten en situaciones personales de marginación y consiguientemente favorecen el ocio, obligando al consumo de drogas.
- Medios de comunicación social, dada su capacidad de manipulación, con la insistente incitación al consumo de tóxicos legales, favorecen notablemente el hecho.

2.4.4. FACTORES ECONÓMICOS

Se ha pensado por mucho tiempo que el alcoholismo es más prevalente en las personas con niveles educativos inferiores y en los desempleados. Un estudio bien realizado en 1996, sin embargo, reveló que la prevalencia de alcoholismo entre los adjudicatarios adultos de bienestar social era del 4.3% al 8.2% lo cual era equivalente al porcentaje en la población general, que es del 7.4%. Tampoco hubo ninguna diferencia en la prevalencia entre los afro estadounidenses pobres y los blancos pobres. Entre los grupos de bajos ingresos, sin embargo, hubo tendencias que diferían de la población general. Por ejemplo, hubo la misma cantidad de hombres que de mujeres con problemas de alcohol. El beber excesivo puede ser más peligroso entre los grupos de ingresos más bajos, un estudio encontró que era un factor principal en la mayor tasa de mortalidad de las personas, en particular los hombres, en grupos socioeconómicos más bajos comparado con aquellos en grupos de nivel más alto.

2.4.5. FACTORES GEOGRAFICOS

Aunque un 54% de adultos que habitan en las zonas urbanas han consumido alcohol por lo menos una vez al mes comparado con un 42% en las zonas no urbanas, la vida en la ciudad o el campo no tiene una influencia en el riesgo de tomar hasta la embriaguez o el uso exagerado de alcohol.

2.5. EFECTOS DEL ALCOHOL.

2.5.1. EFECTOS CORPORALES.

Dentro de los efectos inmediatos del alcohol en un individuo de 70 kilos de peso, la ingestión de 30 ml de alcohol provoca euforia; 60-80 ml. Alegría; 140-170 ml, torpeza; 230-280 ml, modorra y 680 ml. Coma o muerte. Se acepta, en general, que una concentración sanguínea de alcohol de 150 mg/100, puede considerarse la demostración de que la persona esta ebria.

La concentración del alcohol en la sangre depende de los siguientes factores:

- a) Cantidad de alcohol ingerida y rapidez con la cual se tomó.
- b) Rapidez de absorción.
- c) Peso corporal y porcentaje de agua corporal total.
- d) Intensidad con que el alcohol es metabolizado.

Los efectos tempranos: euforia, alegría y en ocasiones actividad excesiva, que provoca el alcohol son probablemente debidos a la depresión de ciertas estructuras subcorticales (formación reticular alta) que, por lo común, modulan e inhiben la actividad de la corteza cerebral (Victor y Adams, 1973). Ya que como se sabe el alcohol es un depresor y no un estimulante, que interfiere con la eficiencia de la función mental y especialmente con el proceso del aprendizaje, la facultad de juzgar y discriminar.

Además, los efectos inmediatos del alcohol dependen de la tolerancia desarrollada por el sujeto. Es bien sabido que la persona habituada, puede beber mucho más que un abstemio y

manifestar mucho menos efectos inmediatos. Es decir, que pueden ingerir, siendo alcohólico, cantidades excesivamente grandes de alcohol sin mostrar signos alarmantes de embriaguez, ni concentraciones altas de alcohol en la sangre. Una determinación de alcoholemia no es un dato digno de confianza para diagnosticar la embriaguez, ya que el organismo es capaz de adaptarse, por sí mismo, después de una exposición incluso corta.

El alcoholismo puede lesionar el cuerpo de tantas maneras que es imposible tratar estos problemas por entero en un informe corto. Los siguientes son tan sólo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico de alcohol: (Journal of Randomized General Internal Medicine, 1997).

1. **La cardiopatía.** Aunque el consumo moderado de alcohol parece reducir el riesgo de ataques cardíacos mejorando los niveles de colesterol, las dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar ritmos cardíacos anormales y aumentar la presión arterial inclusive entre las personas que no tienen un historial de cardiopatía. Un estudio importante encontró que las personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión sanguínea más alta que los abstemios, con un aumento de la presión sanguínea a medida que incrementaba el consumo de alcohol. Las personas que bebían hasta la embriaguez tenían una presión sanguínea más alta inclusive que las personas que bebían con regularidad. Un estudio reciente encontró que las personas que bebían hasta embriagarse (las personas que toman nueve o más bebidas una vez o dos veces a la semana) tenían un riesgo de correr una emergencia cardíaca dos veces y medio mayor a la de los no bebedores. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por la ingestión excesiva de alcohol. El abuso crónico de alcohol también puede lesionar el músculo del corazón lo cual conduce a la insuficiencia cardíaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno.
2. **El cáncer.** El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede aumentar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo del cigarrillo. El beber a diario aumenta el riesgo de contraer cánceres del pulmón, esófago, estómago, páncreas, colon y recto, cánceres de las vías urinarias, tumores cerebrales, linfomas y leucemias. Cerca del 75% de los cánceres del esófago y 50% de los cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El tabaquismo combinado con la bebida alcohólica aumenta de manera extraordinaria los riesgos de contraer la mayoría de estos cánceres. El riesgo de contraer cáncer del hígado aumenta en los alcohólicos, y aún en la persona que toma de manera moderada --tres a nueve bebidas a la semana-- puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama en las mujeres.
3. **Problemas gastrointestinales y hepáticos.** El alcohol pone en particular peligro al hígado. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar un daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de las personas que sufren de alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares de abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y pancreatitis, una infección grave del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

4. **La neumonía y otras infecciones.** El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas que sufren de alcoholismo están propensas a las infecciones. El alcoholismo agudo en particular se asocia con una forma grave de neumonía, la cual puede deberse a factores diferentes al deterioro del sistema inmunitario. Un estudio en animales indica que el alcohol daña específicamente la capacidad que tienen las células del pulmón de combatir bacterias.
5. **Los trastornos mentales y neurológicos.** Un estudio reciente encontró que el alcohol ejerce efectos en el cerebro. Parece suprimir la actividad en las partes del cerebro donde se realizan el aprendizaje y la memoria e incrementa la actividad en las áreas relacionadas con la emoción, las respuestas sensoriales y el estrés. El uso habitual de alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica y confusión. En los casos crónicos, la materia gris se destruye, posiblemente conduciendo a la psicosis y los trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y dolor de cabeza (especialmente después de tomar vino tinto). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.
6. **Los trastornos de la piel, músculos y huesos.** El alcoholismo severo está asociado con la osteoporosis, emaciación muscular con hinchazón y dolor, heridas de la piel y comezón. Además, las mujeres dependientes del alcohol parecen enfrentar un mayor riesgo de daño muscular, incluyendo los músculos del corazón, a raíz de los efectos tóxicos del alcohol.
7. **Los efectos hormonales.** El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina conocida como estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina conocida como testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres.
8. **El tabaquismo.** Un estudio reciente concluye que los alcohólicos que fuman corren un riesgo mayor debido al tabaco, que del que corren debido al alcohol. El tabaquismo es dos a tres veces más prevalente entre las personas que abusan de las drogas que entre la población en general, se cree que los alcohólicos constituyen un cuarto de todos los fumadores. Más alcohólicos mueren de las enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis u otras enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.
9. **La diabetes.** El alcohol puede causar hipoglucemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligroso entre las personas con diabetes que toman insulina. Los diabéticos que están ebrios quizás no pueden reconocer los síntomas de la hipoglucemia, una enfermedad particularmente peligrosa.
10. **La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff.** Una pinta de whiskey proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede interferir en la absorción de las proteínas, vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición

puede causar muchos problemas en las personas que sufren de alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar un daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio de persona bajo tratamiento contra el alcoholismo, el 40% de las que sufrían de este síndrome murieron. Los síntomas consisten en una severa confusión y pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de ácido fólico de vitamina B, lo cual puede causar anemia severa.

11. **Síndrome de dificultad respiratoria agudo.** El síndrome de dificultad respiratoria agudo (ARDS, según siglas en inglés) es una forma a veces mortal de insuficiencia pulmonar que puede ser causado por varias afecciones médicas (incluyendo cirugía de desvío del corazón y el pulmón, infección severa, trauma, transfusiones de sangre, neumonía y otras infecciones del pulmón). Un estudio reciente indica que los pacientes en cuidados intensivos con antecedentes de abuso de alcohol corren un riesgo significativamente mayor de desarrollar ARDS durante la hospitalización.
12. **Síndrome de abstinencia o de supresión (mono).** Cuando el alcohólico, por diversas razones: falta de dinero para comprar bebida, disgusto consigo mismo, colapso, etc. Suspende en forma brusca la ingestión de bebidas alcohólicas, se presenta el llamado Síndrome de abstinencia o de supresión, que se caracteriza por los siguientes síntomas:
 - Agitación o nerviosismo; confusión, trastornos de memoria, en ocasiones ideas delirantes.
 - Irritabilidad
 - Debilidad, ataxia, calambres musculares.
 - Sudación, pupilas dilatadas, taquicardia.
 - Náusea y/o vómito, pérdida de apetito, diarrea.
 - Fiebre
 - Presión arterial elevada.
 - Insomnio; el enfermo vive sus sueños, pesadillas tremendas. (Grenblatt y colaboradores, 1987).

Además algunas veces se pueden presentar:

- **Crisis convulsivas:** epilepsia inducida por el alcohol. Las crisis suelen ser generalizadas tónico clónicas o mioclonias epilépticas bilaterales, en frecuentes ocasiones ambas son fotosensibles. En otras ocasiones las crisis no son inducidas por el alcohol sino que se presentan cuando a un periodo de ebriedad crónica sigue una abstinencia relativa o absoluta. Generalmente estos ataques se presentan de 12/36 horas después de la interrupción de la bebida. Puede presentarse un solo ataque, pero lo general es que se presenten en grupos de dos a seis e incluso puede llegar a desarrollarse un estado de mal epiléptico. Se trata de crisis generalizadas acompañadas preceden del delirium tremens. Estas crisis que se presentan durante la abstinencia o "duda" han sido llamadas "crisis del ron"; es decir, no se presentan cuando el enfermo se encuentra intoxicado, sino cuando ha dejado de estarlo.

Los primeros síntomas pueden aparecer a las 8 horas de interrumpir o reducir el consumo de alcohol, éstos varían desde cefalea, mareo, ligera agitación, ansiedad, náusea, vómitos, hasta síntomas más intensos como convulsiones o alucinaciones.

Los signos neurológicos característicos de los casos graves son el temblor, las convulsiones generalizadas (pueden aparecer a las 12-48 horas y preceder al delirium tremens), la ansiedad, el insomnio y las alucinaciones.

Medidas preventivas ante síndromes de abstinencia:

Pese a la espectacularidad de estos cuadros, generalmente no presentan gravedad, por lo que nuestra actuación se limitará a un tratamiento sintomático, vigilando las constantes vitales, y a:

- Control de la situación.
- Tranquilizar.
- Derivar a un centro sanitario o, mejor aún, a un centro específico de atención a toxicómanos.

Sobredosis

Denominamos sobredosis a la cantidad de sustancias introducidas en el organismo que, sobrepasando la tolerancia, provocan un desbordamiento de asimilación y, por tanto, una reacción aguda del organismo (Giroire y colaboradores, 1988).

Los cuadros por sobredosis han de diferenciarse cuando son provocados por:

- Excitantes (cocaína).
- Depresores (opiáceos, alcohol).

Medidas preventivas en caso de embriaguez en pacientes conscientes:

- Provocar el vómito, introduciendo dos dedos en su garganta.
- Administrar bebidas azucaradas.
- Mantener la temperatura corporal.
- Vigilar las constantes vitales.
- NO sumergir la cabeza en agua ni "bañar" a la víctima.

Medidas preventivas en caso de embriaguez en pacientes inconscientes:

- NO provocar el vómito.
- Posición lateral de seguridad
- Vigilar constantes vitales.
- NO sumergir la cabeza ni "bañar" a la víctima.
- Traslado a un centro asistencial para valoración facultativa.

Delirium tremens: La forma más grave de síndrome de abstinencia alcohólica es el *delirium tremens*, se caracteriza por una marcada desorientación, alucinaciones visuales y auditivas, insomnio, taquicardia, hipertensión arterial y dilatación pupilar.

Tienen una mortalidad asociada de un 5% en los casos no tratados y de un 1% en los que reciben tratamiento en hospitales (Saravay y Pardes, 1991).

2.5.2. EFECTOS FAMILIARES Y EL ALCOHOL

El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan. También se asocia con libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando el alcohólico trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como equilibrio propio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) las cuales continúan atrayendo al alcohólico a la bebida un buen tiempo después de que los síntomas por supresión se han detenido. Inclusive la inteligencia no es una aliada en este proceso, ya que el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que empiece a beber de nuevo. Es importante darse cuenta de que cualquier cambio en la vida puede causar aflicción y ansiedad temporales, inclusive los cambios para bien. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta combinación se debilita y puede superarse (Giroire y cols. 1990).

Casi todas las familias que poseen un miembro alcohólico seguramente sufren a corto plazo las consecuencias del vicio, e incluso años después que se resolvió el problema ético. Las familias con un miembro alcohólico (por lo regular el padre) sufren violencia, pérdida de la cohesión interna, tensión ininterrumpida y problemas en las interacciones sociales.

Por lo menos siete millones de niños tienen padres alcohólicos. Los psiquiatras de niños y adolescentes saben que estos niños corren mayor riesgo de tener problemas emocionales que los niños cuyos padres no son alcohólicos. El alcoholismo es común en las familias, y los hijos de alcohólicos tienen cuatro veces mayor probabilidad que otros niños de convertirse en alcohólicos.

Un niño en esa familia puede tener una gran variedad de problemas:

- **Culpabilidad**: El niño puede creer que es la causa de que su padre o su madre abuse de la bebida.

- Ansiedad: El niño puede estar constantemente preocupado sobre la situación en su hogar. Puede temer que el padre alcohólico se enferme o se hiera, y puede también temer las peleas y la violencia entre sus padres.
- Vergüenza: Los padres pueden transmitirle al niño el mensaje de que hay un terrible secreto en el hogar. El niño que está avergonzado no invita sus amigos a la casa y teme pedir ayuda a otros.
- Incapacidad de hacer amigos: Como el niño ha sido decepcionado tantas veces por el padre que bebe, no se atreve a confiar en otros.
- Confusión: El padre alcohólico cambia de momento, va de ser amable a ser violento sin ninguna relación con el comportamiento del niño. Una rutina regular diaria, tan importante para el niño, no existe en su casa porque las horas de las comidas y de acostarse cambian constantemente.
- Ira: El niño siente ira y rabia contra el padre alcohólico porque bebe tanto y suele estar enojado también con el padre que no es alcohólico porque no le da apoyo o lo protege.
- Depresión: El niño se siente solo e incapaz de poder hacer algo para cambiar la situación.

Aunque el niño trata de mantener el alcoholismo de su papá o su mamá en secreto, sus maestros, parientes, otros adultos o sus amigos pueden darse cuenta de que algo está mal. Los psiquiatras de niños y adolescentes indican que los siguientes comportamientos pueden ser síntomas de un problema de alcohol en el hogar:

- Fracaso en la escuela y ausencias frecuentes;
- Falta de amigos, retraimiento de los compañeros de clase;
- Comportamiento delincuente, como el robar y la conducta violenta;
- Quejas frecuentes de problemas físicos, como dolores de cabeza o de estómago;
- Abuso de bebidas alcohólicas o drogas; o
- Agresión contra otros muchachos.

Algunos hijos de alcohólicos tratan de actuar como "padres" responsables de la familia y entre sus amigos. Tratan de hacerle frente al alcoholismo convirtiéndose en personas controladas, que tienen mucho éxito en la escuela, pero que viven emocionalmente aislados de otros niños y maestros. Sus problemas emocionales no son aparentes hasta que llegan a ser adultos.

No importa si sus padres están en tratamiento o no, estos niños y adolescentes pueden beneficiarse de programas educativos y grupos de ayuda mutua organizados para los hijos de alcohólicos por Al-Anon y Alateen. La ayuda profesional, mientras más temprano se ofrezca, mejor es ya que es muy importante el prevenir problemas más serios para el niño, inclusive el alcoholismo.

El programa de tratamiento puede incluir la terapia de grupo con jóvenes en la misma situación, lo cual reduce el aislamiento que sienten los hijos de alcohólicos. El psiquiatra de niños y adolescentes trabaja a menudo con toda la familia, particularmente cuando el padre alcohólico ha dejado de tomar, para así desarrollar formas saludables de relacionarse entre los miembros de la familia.

2.5.3. CODEPENDENCIA

La encuesta nacional contra las adicciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría elaborada en 1989 informa que el 8% de la población en México es alcohólica, y que cada alcohólico afecta a 3 personas, lo que significan 24 millones de individuos codependientes en nuestro país, vinculados en diferentes grados de cercanía, ya sea por consanguinidad (hijos, padres y hermanos) o por decisión propia (esposa, amigos, concubina), los que a pesar de tener nexos conflictivos desgastantes y dolorosos, no terminan o cambian el estilo relacional.

Referente al término codependencia o coadición cabe señalar que existen diferentes definiciones, y que para este propósito, se considera como elemento constitutivo del término, lo que menciona Arias; "coadicto es un individuo que se involucra en todas las aberraciones de la vida del adicto, como las conductas repetitivas, adictivas o de otro tipo que a veces son peligrosas para la integridad física de ambos, sufriendo y frustrándose por los reiterados fracasos". (Arias, 1990).

Otro de los conceptos que conforma la descripción de una codependiente es lo que menciona Barnetche y la define como aquella persona, "que pierde obsesivamente la vida propia en la vida de otro"(Barnetche D, 1989) lo anterior, subraya presisamente otra característica fundamental de la codependencia que es; perder el objetivo vital de la propia existencia convirtiendo a otro individuo en el centro de sus pensamientos, afectos, conductas y por tanto de su vida.

En el paralelismo adicto - coadicto es necesario enmarcar a quien juega el papel protagónico, el alcohólico y se retoma lo que la Organización Mundial de la Salud desde 1952 expresó; Los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para "afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás". (Nava O , 1984).

"Es claro que la conducta alcohólica afecta las relaciones con otros", (Kolbh, 1976) y aquí donde están incluidos los demás, que son los que conviven con el alcohólico y su alcoholismo.

2.6. EL ALCOHOL Y LA MUJER

En la génesis del Alcoholismo femenino hay multitud de factores que hay que estudiar individualmente, por eso no hay una respuesta concreta, quizá se pueda definir de la siguiente manera: el A.F. es la enfermedad producida por la ingesta descontrolada de bebidas con alcohol, una droga institucionalizada con alto poder de adicción, creando en poco tiempo (y sin darte cuenta) tolerancia física ú orgánica y dependencia mental de la droga.

De los pocos estudios que se tienen de la mujer alcohólica, todos los han hecho comparativamente con el hombre alcohólico, cuando en realidad se debería investigar sus diferencias psicológicas con la mujer no alcohólica, (Dr. Freixa y Pastora Sánchez, psicóloga, ponencia en Madrid, 1985).

Los escritos lo sitúan después de la segunda guerra mundial, con el auge de la industrialización y la entrada de la mujer en el mundo laboral, donde lucha para el logro y equiparación al hombre en sus derechos y obligaciones, en este afán se apropia de los símbolos y debilidades machistas, como el Alcohol y el Tabaco. Como dice el Dr. Freixa, cuando en un proceso de desinhibición psicosocial ó sea (liberación de la mujer), la estructura y el sistema imponen para tal desinhibición una sustancia capaz de crear dependencia, adicción, síndrome de abstinencia etc. es decir una droga, la libertad se paga al precio de la toxicomanía alcohólica, el resultado es un incremento del Alcoholismo Femenino.

"En la mujer, como en el hombre, pero por diferentes motivos, la prohibición de beber ó no beber alcohol, no se ha dictado por su bien físico sino por muy distintas e interesadas razones en primer lugar, para marcar diferencias con el hombre, para que no se alegre demasiado, para que no se le desbloquee la represión sexual ; una mujer que no está en el papel que se le ha asignado, ha provocado siempre miedo. La mujer es una válvula de seguridad social, es también la trabajadora del sistema, con el trabajo gratuito de la casa y sus variantes, una mujer alcohólica lo primero que abandona son las tareas domésticas (si es ama de casa), con las consiguientes molestias que esto comporta para su familia, la mujer también es enfermera de la casa , por tanto ella no puede enfermar." Dra. P. Sánchez. (1994).

Un numeroso grupo de mujeres, bebe a escondidas, fuera de las miradas de las personas "bien pensantes" se culpabiliza y niega una y mil veces su vinculación al alcohol, pero no por los complejos psicológicos que pueda tener o pueda haber tenido en su infancia, sino como consecuencia del mayor peso que ejerce la sociedad sobre el enfermar alcohólico de la mujer, dice el Dr. Freixa "la mujer Reserva Espiritual no puede perder el control de sí misma puesto que, lo que espera la sociedad de ella es tan trascendente, que una mujer ebria, excepto si es de "las otras", recibe, la represión, el autocontrol, la moralidad, se exige más a la mujer que al hombre".

La marginación social de la mujer alcohólica, ha estado patente a lo largo de la historia conocida, su participación en casi todo ha sido nula, tiene un gran sentimiento de culpa y vergüenza

El papel del cónyuge, también es una dificultad para su tratamiento terapéutico, mientras es frecuente que la mujer que tiene un marido alcohólico, se articule con el problema y le sirva de ayuda, en las mujeres alcohólicas sus maridos no cooperan, en este sentido se puede hablar de un peor diagnóstico social en el alcoholismo femenino.

2.6.1. EL ALCOHOL Y EMBARAZO

Cuando se esta embarazada, el bebé crece dentro del vientre de la madre. Todo lo que la madre coma y beba mientras esté embarazada afecta al bebé. Si la madre bebe alcohol, esto puede dañar el crecimiento del bebé. El bebé puede desarrollar problemas emocionales y físicos que pueden durar por el resto de su vida. Los niños que nacen con problemas muy serios causados por el alcohol tienen síndrome fetal alcohólico.

Los niños con síndrome fetal alcohólico pueden:

- Nacer más pequeños.
- Tener problemas al comer o al dormir.
- Tener problemas para oír o ver.
- Tener problemas al seguir instrucciones y aprender a hacer cosas simples.
- Tener problemas al prestar atención y aprender en la escuela.
- Necesitar maestras y escuelas especiales.
- Tener problemas al relacionarse con otras personas y en controlar su comportamiento.

2.7. EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

Se ha observado que muchos jóvenes escapan a través de las drogas de la falta de amor, la incompreensión, la sed de atención que experimentan en el hogar. La tarea de criar a los hijos es probablemente la que más satisfacción produce pero, a la vez, es la más exigente.

Ser madre o padre requiere tiempo, atención, paciencia y energía. Pero, ante todo, requiere mucho amor.

Es importante desarrollar destrezas como madres y padres para estar mejor preparados y poder ayudar a los hijos a desarrollar sus talentos al máximo en todos los aspectos de sus vidas.

Estas destrezas también los ayudarán a satisfacer las necesidades físicas, emocionales e intelectuales de sus hijos.

Es importante que sepamos que el papel como madre y padre cambia a medida que los hijos crecen. Durante los años infantiles, se satisfacen todas las necesidades de los hijos: alimentarlos, vestirlos, bañarlos y amarlos.

Según van creciendo, esta función se va ampliando. Se asumen papeles de maestro y consejero.

Como maestros, se debe ayudar a los hijos a aprender sobre la alegría y las maravillas del mundo Explicándoles el porqué y cómo funcionan las cosas, además se les contesta preguntas de una forma que ellos pueden entender.

Como padres deben funcionar como consejeros, aconsejándoles durante tiempos agradables y difíciles, dándoles amor, apoyo y orientación.

Para tener un mejor papel como padres se debe estar consciente de las necesidades de los hijos. Las siguientes son las necesidades más importantes de que ellos tienen:

NECESIDADES FISICAS

- Buena nutrición
- Descanso
- Cuidado médico
- Ropa apropiada
- Seguridad física

NECESIDADES EMOCIONALES

- Amor
- Aceptación
- Sentido de pertenencia
- Reconocimiento
- Seguridad emocional

NECESIDADES INTELECTUALES

- Hablar con los hijos. A medida que los hijos crecen, se debe hablar con ellos, explicarles lo que ven, lo que hacen como padres y por qué, animándoles a hacer preguntas. Participación en su labor académica
- Participar en su educación. Deben conocer a los maestros de sus hijos y lo que les enseñan. Ayudándoles con sus asignaciones escolares, pero sin que sean hechas por los padres. Desarrollo del potencial creativo
- Fomentar la habilidad creadora. Dejar que los hijos exploren su mundo. Fomentando interés en los deportes, la música, el baile, la escritura, etc.
- Proveer medios alternos de aprendizaje dependiendo de la edad de los hijos, considerando, rompecabezas y libros como medios alternos de aprendizaje. Como madres y padres, se tiene la responsabilidad de ayudar a los hijos a desarrollar un comportamiento apropiado.

Esto se puede hacer con las siguientes recomendaciones:

- Castigar con amor:

Asegurarse de que existen reglas en el hogar y que sus hijos las conozcan y las comprendan. Que ellos sepan que es importante seguirlas. De no seguirlas, hay que castigar con firmeza, pero con amor. Evitar que se entre en una lucha de poder con ellos. Este es el error más grande que se puede cometer como padres y madres. Los hijos deben saber que, si ellos no cumplen con sus responsabilidades y deberes, habrá consecuencias. Es responsabilidad de los padres cumplir con las consecuencias en una forma firme pero con mucho amor y sin gritar ni perder la paciencia.

- Enseñar habilidades sociales:

Los buenos modales, compartir, escuchar y respetar las necesidades, opiniones y diferencias de los demás son importantes para un desarrollo saludable.

- Enfrentar la frustración:

Enseñar a los hijos que las emociones son normales, pero que gritar, golpear, etc., no son las mejores maneras de expresar sentimientos. Es importante animarlos a que hablen sobre sus sentimientos, en vez de comportarse de forma inadecuada.

- Comunicación efectiva:

Los padres deberían hablar con sus hijos acerca de sus experiencias y sentimientos. Siendo francos, pero no juzgando a sus hijos. Las críticas deben ser constructivas. Esto animará a los hijos a compartir con ellos sus temores, fantasías, planes y sueños. Siempre se les debe explicar lo que se cree y por qué se establecen esas reglas. Cuando nuestros hijos no estén de acuerdo con sus padres, hay que aprender a escucharlos y estar dispuestos a negociar con ellos dentro de lo que sea posible y razonable. Deben ser imparciales cuando sus hijos tienen disputas con sus hermanos o amistades. Deben escuchar a todos con cuidado antes de intervenir. Deben recordar que los niños aprenden mucho imitando a los demás. Y no olvidar que como padres y madres, se puede ser mejor o peor modelo para los hijos.

- Si se muestra amor, los hijos harán lo mismo.
- Si los padres los respetan, ellos los respetarán y a otros también.
- Si se tiene autodisciplina, ellos también la tendrán.
- Si se trata a los demás cortés e imparcialmente, los hijos lo harán también.
- Si se actúa con serenidad cuando las cosas van mal, nuestros hijos harán lo mismo ante la adversidad.
- Si se actúa con coraje y rencor, ellos lo harán también.
- Si se enfrentan los problemas con una actitud positiva ("puedo hacerlo") en vez de "¿qué hago ahora?", los hijos harán lo mismo.

Lo más importante es tener en cuenta que para educar a los hijos debe existir amor.

2.8. EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un momento particularmente vulnerable en la vida de un sujeto, debido a todo el proceso de duelo por las figuras parentales de la infancia, por ser un momento de "transición" entre la pérdida de estas figuras de identificación y la búsqueda o el encuentro de otras nuevas.

A lo anterior se suman: la actual crisis de los valores y el enfrentamiento con un mundo cada vez más complejo.

Existe además un verdadero "bombardeo" de la publicidad dirigido hacia este grupo etario, apetecible para el mercado; basta ver por ejemplo, al respecto, las publicidades de cerveza destinadas a jóvenes y el "encuentro" entre ellos si se la consume juntos.

Los adolescentes pueden estar envueltos en varias formas con el alcohol y las drogas legales o ilegales. Es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante la adolescencia. Desgraciadamente, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana. Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan. El uso del alcohol o del tabaco a una temprana edad aumenta el riesgo del uso de otras drogas luego. Algunos adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas, o continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos. Otros desarrollarán una dependencia, usarán el alcohol y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros.

La adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas. Los adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo. Es difícil el poder determinar cuáles de los adolescentes van a desarrollar problemas serios. Los adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas incluyen aquellos:

- con un historial familiar de abuso de sustancias,
- que están deprimidos,
- que sienten poco amor propio o autoestima, y
- que sienten que no pertenecen y que están fuera de la corriente.

Los adolescentes también afrontan en esta etapa la salida exogámica y el erotismo genital que los atemoriza (más aún hoy, en estos "tiempos del SIDA") En diferentes pueblos y culturas, encontramos ceremonias y rituales de iniciación como forma de marcar en lo simbólico este pasaje de la niñez al "mundo adulto", en muchos casos como marcas en lo real y en todos poniendo en juego lo real del cuerpo expuesto al sufrimiento y a la muerte.

Es posible que en nuestra cultura actual, el alcohol juegue algún papel en este sentido para los adolescentes en tanto "se es grande" por estar "tomando alcohol" o por estar "borracho". Por otra parte, el alcohol "suelta la lengua" y "da ánimos" para "encarar" en el juego de la seducción inicial.

El alcohol, una droga socialmente aceptada, daría, desde la consideración de los jóvenes, la fuerza y el valor necesarios para los primeros encuentros sexuales tan deseados y tan temidos. Entonces, se arman de un escenario: la discoteca, como subrogado del altar, el monte o el lugar de exhibición de juegos públicos, en el cual mostrar algún emblema (por ejemplo: la lata de cerveza), para así poder, a través de un acto: el beber, y su consecuencia, la borrachera, sentirse grandes y pensar que están haciendo cosas de grandes.

Un estereotipo común sostiene que los adolescentes son rebeldes, se dejan llevar por la presión de sus compañeros y juegan con el peligro hasta destruirse a sí mismos. Aunque a menudo los adolescentes parecen no mostrarse receptivos a los consejos de los padres mientras se esfuerzan por llegar a ser independientes, necesitan más que nunca el apoyo, la participación y la guía paternas.

Los adolescentes más jóvenes pueden experimentar cambios extremados y rápidos en sus cuerpos, sus vidas emocionales y sus relaciones. La adolescencia es a menudo una época de confusión y tensión caracterizada por cambios de ánimo y una profunda inseguridad, a medida que los adolescentes luchan por establecer sus propias identidades. No es sorprendente que esta sea la época en que muchos jóvenes prueban por primera vez el alcohol, el tabaco y otras drogas.

Los efectos a largo plazo del abuso del alcohol:

- la carencia de destrezas sociales y emocionales decisivas, que de ordinario se aprenden durante la adolescencia;
- accidentes de tráfico fatales o invalidantes y lesiones hepáticas derivadas del alcoholismo;
- adicción, coma cerebral y muerte.

El uso del alcohol esta asociado con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso serio del alcohol más tarde en la vida, el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio. Los padres pueden ayudar en la educación a temprana edad acerca de las drogas, estableciendo comunicación, siendo ejemplo modelo y reconociendo desde el comienzo si hay problemas desarrollándose.

Las señales principales del uso de alcohol y del abuso de drogas por los adolescentes pueden incluir:

- Físicas: fatiga, quejas continuas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y una tos persistente.
- Emocionales: cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, poco amor propio o autoestima, carencia de juicio, depresión y una falta general de interés.
- Familia: el comenzar argumentos, desobedecer las reglas, el retraerse o dejar de comunicarse con la familia.
- Escuela: interés decreciente, actitud negativa, faltas al deber, calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
- Problemas Sociales: amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y de la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música.

Algunas de estas señales de aviso pueden también ser señales indicativas de otros problemas. Los padres pueden reconocer las señales de problemas pero no se espera que ellos hagan el diagnóstico. Una manera eficaz para los padres es demostrar su preocupación y afecto por el adolescente en discutir francamente con éste el uso y abuso de las bebidas alcohólicas y de las otras drogas.

El primer paso que los padres deben de dar es el consultar con un médico para estar seguros de que las señales de aviso que descubren no tengan causas físicas. Esto debe de ser acompañado o seguido por una evaluación comprensiva llevada a cabo por personal especializado.

Para resistir la presión de sus compañeros, los adolescentes necesitan algo más que un mensaje general en el sentido de no consumir alcohol. Es también apropiado mencionar cómo el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante el embarazo ha sido vinculado con defectos de nacimiento en los bebés. A los adolescentes hay que advertirles de los efectos potencialmente mortales de combinar drogas. Necesitan oír que sus padres afirmen que cualquiera puede convertirse en un consumidor crónico o un adicto y que incluso el consumo no adictivo puede tener consecuencias graves y permanentes.

Los adolescentes tienden a ser idealistas y disfrutan de oír cómo pueden ayudar a hacer que el mundo sea un lugar mejor donde vivir. Los padres deben decirles a sus hijos adolescentes que el consumo del alcohol no es un crimen sin víctimas, y de que comprendan el efecto que tiene en nuestra sociedad el abuso del alcohol. Los padres deberían llamar la atención de su hijo adolescente señalándole que evitar el alcohol puede ayudarlo a hacer de su comunidad un lugar mejor y menos peligroso, y que estar libre de drogas hace que, después de clase, se disponga de más energía y voluntad para servir de guía para los niños más pequeños -- actividades que la comunidad espera de él y sobre todo es importante que los padres alienten a los adolescentes por todo lo que hacen bien y por las decisiones positivas que toman. Cuando los padres se sientan orgullosos de sus hijos, es conveniente que se lo digan. Saber que los adultos lo perciben y aprecian, lo motiva en alto grado y puede reafirmar su compromiso de evitar el abuso del alcohol.

CAPÍTULO 3 DINÁMICA DE GRUPOS

Debido a que dentro de la propuesta de trabajo se enfatiza la formación de grupos, es importante considerar el aspecto teórico de este punto.

3.1. FORMACIÓN DE GRUPOS

Los grupos son complejos sistemas sociales en los que muchísimas variables cambian simultáneamente. Para el individuo que entra a formar parte de un grupo, este estado de flujo puede ser desconcertante. Es posible que piense que los hechos ocurren de manera confusa, desordenada e impredecible, ya que su nivel de conciencia no le permite una comprensión plena de todas las dinámicas de la situación (Cartwright y Zander, 1985).

Para una persona que comienza con inseguridad, parece razonable que muestre aprehensión, inseguridad sobre el comportamiento y la estructura del grupo, y se muestre dependiente del orientador en cuanto a la propia dirección. En esta etapa, el individuo empieza a involucrarse en el proceso de orientación, aceptando la influencia de los demás a fin de ganarse una reacción favorable. Esto es característico en la etapa de iniciación.

La segunda etapa implica generalmente un periodo de conflicto. La respuesta emocional negativa de los miembros a la situación general y a cada uno de los otros miembros puede presentar una amenaza a su desarrollo posterior. Si este sentimiento de tensión es superado, los miembros desarrollarán sensibilización de unos para otros y espíritu de trabajo colectivo. Durante esta etapa de cohesividad desarrollan identificación con el líder y el grupo, y tendrán sentimiento de compromiso con los propósitos del grupo. El grupo puede entonces ser funcional y dedicar su energía a la apreciación realista de las metas individuales y del grupo, y lograr dichas metas. Durante la etapa productiva, los individuos son capaces de absorber conocimientos a partir de sus interacciones interpersonales, y empezar a modificar sus conductas.

Las etapas de desarrollo de un grupo rara vez son claramente distintas. Un grupo no va necesariamente paso a paso a través de las etapas de su vida, sino que retrocede y avanza como parte de su desarrollo general.

3.1.1. PREPARACIÓN PARA EL GRUPO

Las decisiones del orientador, antes de la iniciación del grupo, son tan importantes como lo serán sus comportamientos dentro del grupo. Puntos tales como el tamaño, proceso de selección. Carácter abierto o cerrado del grupo, y duración de las sesiones y del grupo, deben ser decididos anticipadamente por el orientador (Loeser, 1988).

3.1.2. EL ESCENARIO

El orientador debe elegir un lugar apropiado en el que el grupo se reúna, y establecer una política sobre la duración del grupo, y de cada una de las sesiones, la admisión de nuevos miembros, y el tamaño del grupo. Las sesiones deben efectuarse en un lugar que presente cierto grado de comodidad y sea privado, y que esté libre de distracciones. Se puede usar una mesa tan grande como sea necesaria según el número de miembros, que les permita verse unos con otros. En las primeras etapas de un grupo, la mesa sirve de protección a los miembros, y les da cierta comodidad psicológica. Los individuos se sienten a veces incómodos sin nada en el centro, aunque también es cierto que la ausencia de una mesa permite que el cuerpo de cada cliente esté visible, de manera que sus respuestas no verbales sean vistas prontamente. Las sillas cómodas y un piso alfombrado permiten alejarse, moverse y cambiar la postura (Hare, 1984).

3.1.3. TAMAÑO

El consenso en la literatura, sugiere que el tamaño ideal de un grupo de terapia es de siete a ocho miembros, con límites extremos de cinco a diez. El límite inferior lo determina el hecho de que cuando un grupo es muy pequeño, deja de operar como grupo y los individuos se encuentran a sí mismos involucrados en orientación individual dentro de un marco de grupo. Además las oportunidades para utilizar la dinámica dentro del grupo, se reducen. El límite superior está determinado por el hecho de que hay menos tiempo disponible para trabajar en problemas individuales cuando hay miembros adicionales. A medida que el tamaño del grupo aumenta, resulta más difícil para los miembros menos pujantes expresar sus ideas. La competencia por el tiempo se vuelve entonces crítica (Castore, 1987).

Un orientador debe esperar que deserten uno o dos miembros durante las etapas tempranas.

Es aconsejable por lo tanto empezar el grupo con un tamaño algo mayor de lo deseado, anticipando esta posibilidad.

3.1.4. SELECCIÓN

El orientador puede aumentar las oportunidades de éxito dentro del grupo con la cuidadosa selección de los participantes. Los participantes deber ser cuidadosamente estudiados por el orientador para saber de ellos lo más posible. El orientador puede querer examinar los antecedentes familiares, la niñez, la adolescencia y otras áreas de desarrollo del participante, y también puede serle útil conocer su historia médica.

El éxito aumentará, ciertamente, seleccionando aquellas personas que deseen entrar al grupo después de saber lo que se espera de ellas y lo que pueden ellas esperar de la experiencia, Jonson (1963) y Rickard (1965) opinan que los clientes voluntarios y que muestran una motivación más fuerte para la membresía, son buenos prospectos en la orientación de grupos. Los individuos que buscan orientación por sí mismos, son más abiertos a la ayuda que aquellos que van presionados por la familia y los amigos.

Otras variables, incluidas la penetración, el grado de flexibilidad, el deseo de superación, y algunas experiencias con ciertas personas que poseyeran cierto grado de estabilidad, espíritu de servicio, dirección, y madurez contribuyen también a una membresía más productiva (Stranham, Schwartzman, y Taquin, 1957). Es importante así mismo que los miembros del grupo estén interesados en ayudarse unos a otros.

La experiencia de un grupo será mejor si sus miembros son capaces de llegar a interesarse emocionalmente en ayudarse unos a otros, y si les satisface ver que otros solucionan sus problemas (Allport, 1960).

3.1.5. COMPOSICIÓN DEL GRUPO

Los grupos homogéneos se vuelven cohesivos más rápidamente, tienen una asistencia más regular, menos conflictos, frecuentemente ofrecen respaldo inmediato unos a otros, y proporcionan alivio sintomático más rápido. Sin embargo se cree que el grupo homogéneo es más probable que permanezca a un nivel superficial y que es menos efectivo para alterar el comportamiento permanente.

El orientador es quien debe resolver el punto de selección de participantes homogéneos o no. Si ha de seleccionar miembros homogéneos ¿cuáles serán sus características más importantes? Ohlsen (1970) sugiere cuatro áreas a considerar: edad, capacidad intelectual, sexo y similitud de problemas.

Bach (1954) establece que las variaciones en el nivel de inteligencia pueden crear problemas en el grupo. Los miembros menos cultos o inteligentes pueden ser dominados por lo que tienen más facilidad de expresión, y sentirse fuera de lugar.

Algunos grupos pueden ser más productivos cuando están estructurados en base al sexo. Las mujeres jóvenes son más maduras que sus coetáneos varones, y más capaces de manejar tópicos en la discusión de grupo y con mayor efectividad. Aún así, la experiencia de grupo es una excelente oportunidad para que los jóvenes varones adquieran mayor adaptación. En su mayoría, los adolescentes y los adultos necesitan y quieren las reacciones del sexo opuesto (Harrison y Lubin, 1989).

En general los participantes tienen una sensación de pertenencia cuando descubren otros miembros en el grupo con problemas similares a los suyos, pero aún cuando tengan el mismo problema general, también se dan cuenta de que cada cual es único, y de que en cada caso existen diferentes causas subyacentes. En tal situación, los miembros del grupo están aún motivados e interesados en ayudarse mutuamente. Hay una atmósfera en la que se reconocen tanto las similitudes como las diferencias, y entonces los miembros utilizan su percepción de las diferencias al trabajar para resolver un problema común.

Algunos orientadores sugieren que el grupo sea tan heterogéneo como sea posible, para asegurar que ocurra la máxima interacción. En un grupo así, los miembros serán seleccionados entre diferentes patrones de conducta y áreas de problemas, entre todas las razas, estratos sociales y antecedentes de educación, así como de diversas edades y de

ambos sexos. En el grupo heterogéneo cada miembro recibe mayor estímulo y se ve forzado a examinar y entender en que consisten las diferencias en los otros miembros del grupo. También el grupo heterogéneo proporciona mayores oportunidades de probar la realidad (Sadock y Kaplan, 1972).

3.1.6. ESTRUCTURA

La meta general de la orientación de grupos es inducir el cambio psicológico en los integrantes. La mayor parte de los orientadores acentúan la exposición del sí mismo, la introspección y la autocomprensión del participante, conducentes a un cambio del comportamiento, como el método para la obtención de las metas.(Bendar, Melnick y Kaul, 1974).

Cuanto menos estructuradas están las metas, las tareas y las actividades del grupo, más capaz se vuelve éste de obtener conciencia de las relaciones psicológicas entre sus miembros. Analizar las relaciones entre los miembros del grupo sirve como método principal para comprender los conflictos Inter e intrapersonales (Séller, 1965)

Los críticos del enfoque no estructurado argumentan que la falta de estructuración en las primeras sesiones no facilita el desarrollo del grupo y alimenta las distorsiones del participante y sus temores interpersonales (Bendar, Melnick y Kaul, 1974)

Vendar, Melnick y Kaul (1974) presentan un marco de trabajo para la estructura primaria del grupo, que incluye aprendizaje cognoscitivo, aprendizaje indirecto y practica de conducta. A los miembros del grupo se les pueden exponer los conceptos de "la orientación de grupos mediante la discusión, por parte del orientador, del hecho de que la mayoría de los miembros de los grupos tienen generalmente ciertas dificultades interpersonales, y que aún cuando podrán encontrarlo difícil al principio, necesitan explotar sus propios sentimientos con los demás miembros. Los miembros del grupo deberán ser advertidos también de que las expectativas demasiado optimistas de cambios rápidos, pueden llevarlos al desaliento.

3.2. COMPOSICIÓN DE GRUPOS

3.2.1. ETAPA UNO: INICIACIÓN DEL GRUPO

El primer aspecto del desarrollo del grupo es el proceso de llegar a conocerse. Durante este periodo los miembros revelan generalmente sus aspectos más "a salvo", o públicos, de sí mismos. Se describen en términos de experiencias anteriores, pero esto rara vez incluye material personal pertinente que no haya sido ensayado o dicho antes (Slater, 1968)

El comportamiento de los miembros durante la etapa inicial es relativamente restringido. El código social común de conducta con los extraños o con los compañeros, se sigue en la forma típica. Los problemas presentados se discuten comúnmente en forma razonable y los miembros tienden a respaldarse y a mostrarse atentos unos con otros. La conducta social permite a un miembro saber quién puede responderle favorablemente y estar de acuerdo con él, de quién puede temer, o a quién mostrar respeto. A partir de estas interacciones

empieza a formular un concepto del papel que espera desempeñar en el grupo. La primera etapa del grupo se caracteriza pues, por un grado de cautela y una conducta de autoverificación (Ryan, 1978).

El individuo se pregunta frecuentemente que es lo que se espera, cuánto de sí mismo tendrá que revelar, o qué tipo de compromiso habrá de tener con esas otras personas. El tipo de autoexploración que ocurre en las primeras reuniones no es una búsqueda espontánea, sino la descripción de experiencias pasadas. El miembro se describe a sí mismo, o a otro, como si se tratase de un objeto. En esta etapa sólo revela aquello que no es peligroso decir (Ryan, 1978).

GRUPO CERRADO O ABIERTO

Antes de empezar con un grupo se debe tomar una decisión sobre si ha de ser abierto o cerrado. Un grupo cerrado no admite nuevos miembros y debe cumplir con un número predeterminado de funciones hasta que decida terminar. En un grupo abierto, los miembros que se retiran del mismo van siendo reemplazados por otros, de manera que continúe funcionando sin una conclusión previamente determinada. El grupo cerrado es eficaz en cuanto a que tiene membresía estable y límites de tiempo dentro de los cuales trabajar. Sin embargo, presenta ciertas dificultades cuando los miembros deciden abandonarlo o cambiarse a otro (Zaleznik y Moment, 1964).

PROS Y CONTRAS.

Muchos grupos orientados en clínicas de pacientes externos, son abiertos. Esto permite al orientador llevar nuevos miembros al grupo cuando alguno lo abandona, y que el grupo continúe indefinidamente. Una ventaja de este tipo de grupo es que los miembros tienen nuevos individuos con quienes interactuar y de quienes recibir retroalimentación. Los miembros nuevos que entran al grupo cuentan también con miembros antiguos para usarlos como modelos y aprender de ellos sobre el proceso del grupo. Sin embargo una gran debilidad del grupo abierto es que los nuevos miembros no están conscientes del concepto "abierto" discutido ahí previamente, ni del funcionamiento del grupo. Un grupo abierto tiene miembros a diferentes niveles de compromiso con el proceso, y no todos están en las mismas etapas de desarrollo. Tales debilidades pueden conducir al grupo a un trabajo menos efectivo a través de las etapas de su vida, para ayudarse unos a otros.

DURACIÓN

La mayor parte de los grupos toman considerable tiempo para animarse a la comunicación personal y a discutir alguno de los principales temas de las sesiones. Es difícil para los miembros llegar a involucrarse personal y productivamente en menos de noventa minutos, o en más de dos horas. Mucho de lo que se dice sobre la conducta de los grupos hace suponer que después de un período de dos horas los miembros se vuelven menos productivos, llegando al punto de disminución de los rendimientos (Aronson M, 1971)

Otro componente de la duración del grupo implica el número de reuniones. En un grupo abierto dicho número puede variar para cada miembro. En un grupo cerrado es posible

establecer un número específico de reuniones. La ventaja de un número específico de reuniones es que se proporcione un límite de tiempo para la vida del grupo y los miembros se ven forzados a funcionar en ese lapso. Un requisito tal puede reducir la resistencia y animar a los miembros a trabajar con entusiasmo para lograr sus metas. Obviamente es posible que los miembros usen el tiempo límite para protegerse a sí mismos y evitar verse implicados en un trabajo a través de áreas específicas. Una debilidad en cuanto no ha trabajado lo suficiente podría surgir si el grupo no ha trabajado lo suficiente a través de las etapas de interacción, hasta el punto específico sería entonces muy frustrante para los miembros y tal vez fuera aconsejable renegociar en ese momento otro número específico de reuniones (Bion, W, 1985)

ENTREVISTA PREPARATORIA

El orientador deberá informar a los miembros del sitio en que tendrán lugar las reuniones, la duración de cada una de ellas y el número de sesiones por semana. La mayoría de los participantes que entran a un grupo de orientación agradecen la explicación sobre la forma en que el grupo habrá de proceder (Yalom, 1970).

Yalom (1970) establece que el uso más efectivo de la entrevista preparatoria es ayudar a los participantes a reconocer sus conceptos erróneos y falsas creencias o expectativas sobre la orientación del grupo. El orientador puede ayudar a los miembros a participar más eficazmente ofreciéndoles una estructura o delineando algunos conceptos acerca del comportamiento del grupo. Los falsos conceptos y expectativas no necesitan ser explorados en detalle, ni dárseles suficiente discusión. El orientador puede ayudar al grupo en su desarrollo ofreciéndole un marco de trabajo conceptual y claros lineamientos sobre un comportamiento efectivo. La preparación de cada miembro se individualiza de acuerdo con sus intereses expresados y la cantidad de conocimiento previo que cada cual tenga sobre la orientación de grupos.

La mayoría de los orientadores sugieren a los miembros no tener relaciones sociales fuera de las reuniones. El grupo es una situación para resolver problemas sociales, y no un sitio para hacer nuevos amigos.

LA RELACIÓN

El primer interés principal del orientador es proporcionar una situación que reduzca la amenaza a los miembros, permitiéndoles por tanto la autoexploración ulterior. Si el orientador ha de ser útil al grupo, tendrá que existir una relación que se caracterice por su sinceridad en cuanto a las relaciones, su consideración positiva y experimental de los miembros, y su comprensiva empatía (Corsini I., 1976).

El orientador debe ser sincero o congruente en su relación. No debe mostrar otra cara ni jugar un papel, sino comportarse exactamente como siente. No sólo debe decir exactamente lo que piensa, sino expresar lo que siente -comportamiento, sentimientos y actitudes que existen dentro de él.

Otra condición facilitante en la relación, es la experimentación del orientador de una empatía comprensiva del mundo del miembro, y ser capaz de comunicársela. El orientador siente el significado de los hechos para el individuo, y sus sentimientos. Cuando sea capaz de percibirlos como son, como los percibe el miembro, y cuando pueda comunicarle algo de su comprensión hacia él, esta condición estará satisfecha.

Una buena relación de orientación requiere que el orientador experimente una actitud cálida, positiva, y de aceptación del cliente. Significa que acepta a cada individuo como persona y que se interesa en él en forma nada posesiva, como persona con potencialidad. El orientador lo respeta y se interesa positivamente en él. Cada miembro debe aceptar a los otros. El orientador servirá de modelo al grupo, proporcionándole una atmósfera de confianza para la autoexploración.

ESTABLECIMIENTO DE METAS

Establecer metas es un proceso de establecer los resultados que se deseen lograr en el proceso del grupo. Cuanto más específicas y funcionales sean las metas, más valiosas serán para el grupo. Cuando se establecen metas no funcionales existe la tendencia hacia una mayor apatía y conflictos intragrupo, además de confusión (Aronson M., 1976).

Las metas en orientación pueden ser metas del proceso, del grupo general y metas individuales. Las metas del proceso resultan de la autoexploración e interacción personal de los miembros, y conducen al mayor entendimiento de uno mismo en las áreas de interés de los individuos. La comprensión de sí mismo sirve de base a la acción, para llevar la conducta deseada. Las metas del grupo incluyen las del proceso y generalmente las áreas aceptadas de interés de los individuos. La comprensión de sí mismo sirve de base a la acción, para llevar la conducta deseada. Las metas del grupo incluyen las del grupo, y generalmente las áreas aceptadas de interés. Las metas individuales son submetas de interés específico (Bion M., 1978).

Las metas del grupo se funcionalizan cuando se han analizado las declaraciones hechas sobre las intenciones para con dicho grupo, dentro de dimensiones cognoscitivas, afectivas y de conducta, lo que a su vez puede ser descrito como objetivos de conducta para los miembros individuales. Ryan sugiere que la funcionalización de las metas de un grupo tiene cuatro ventajas que incrementan la probabilidad del éxito en la orientación:

- 1) Las metas funcionalizadas producen mayor homogeneidad en el interés compartido del grupo,
- 2) Las metas funcionalizadas contribuyen a expectativas más realistas,
- 3) Las metas funcionalizadas logran miembros con más elevadas motivaciones, ya que éstos saben para qué están trabajando,
- 4) Las metas funcionalizadas hacen a los miembros del grupo más interdependientes, porque éstos pueden ver ya mejor cómo ajustan las metas de otros miembros a sus objetivos (Berzon, B., 1977).

El establecimiento de metas es parte del proceso de orientación que debe realizarse conjuntamente por el orientador y los miembros del grupo.

El grado al que las metas de un grupo den lugar a metas personales, variará en el transcurso del tiempo de duración del grupo. A pesar de estas dificultades implícitas en el proceso de establecimiento de metas, dicho establecimiento es uno de los aspectos más importantes para el éxito en la orientación del grupo.

IDENTIDAD DEL GRUPO

El desarrollo efectivo de cualquier grupo requiere que sus miembros compartan una imagen de él, del grupo. Al principio, los miembros traen consigo imágenes individuales del grupo. Cada uno prevé lo que hará el grupo, sus finalidades y cómo habrá de funcionar. Estos conceptos se basan principalmente en experiencias pasadas. Sin embargo aún cuando cada individuo tenga una imagen diferente del grupo, por lo general, existen dentro de él suficientes ideas compartidas como para encontrar un campo común sobre el cual construir.

Para desarrollar estabilidad, orden y un patrón de interacción para cumplir sus metas, el grupo se ve envuelto en el proceso de logro de una identidad de la situación sostenida en común, la que proporciona una fuente continua de expectativas de comportamiento de uno mismo y de los otros (Zaleznik y Moment, 1964).

En cualquier situación social extraña, el individuo asume su comportamiento más comodo en un intento de enfrentarse a la ambigüedad. Después de haber comprendido la situación tendrá más flexibilidad en su comportamiento o producirá nuevas conductas apropiadas para la situación en particular. Cuando un individuo se enfrenta a la ambigüedad y a la ansiedad, tiende a tratar de producir un acomodo. Un comportamiento bromista o juguetón entre los miembros que se sienten incómodos en determinada situación, es una forma de arreglárselas con la ambigüedad. Algunos individuos se aíslan del grupo para reducir su ansiedad. En otros casos algunos miembros pueden usar un chivo expiatorio individual. Socialmente es más aceptable traer los desacuerdos bromeando o asilándose, que discutir las ideas dispares con otros miembros en el grupo (Aronson, M., 1979).

EXPLORACIÓN DE SÍ MISMO

El proceso de orientación involucra al grupo para proporcionar una relación facilitante en la que cada individuo se sienta lo suficientemente seguro para explorarse a sí mismo y su situación en la vida. Esta exploración de sí mismo y retroalimentación interpersonal por parte de los otros miembros conducirá al individuo a un grado mayor de entendimiento de sí mismo y a una mejor comprensión del ambiente. Idealmente, este aumento en la comprensión hace más efectivo el cambiante comportamiento de la persona. Cuando la persona sea capaz de comportarse con mayor efectividad, se sentirá mejor consigo misma y por tanto aumentará su autoestimación (Carkhuff, 1967).

Por tanto el orientador fomenta la autoexploración como meta principal en la etapa inicial, conservando en mente los diferentes niveles de la exploración de sí mismo en cada individuo. Carkhuff (1967) ha propuesto una escala de cinco puntos para examinar la exploración de sí mismo. En el primer nivel, el participante evita cualquier descripción o exploración de sí mismo que pueda revelar al grupo sus sentimientos personales. En el segundo nivel de la exploración de sí mismo, el participante responde con discusión a la

introducción del material personalmente significativo, hecha por el orientador u otro miembro. En el tercer nivel el miembro introduce voluntariamente material que le concierne personalmente, en forma espontánea. Esta tratado con su actual nivel de sentimientos. Esta conducta puede llevarlo al quinto nivel en el que, activa y espontáneamente, se adentra en los recién descubiertos sentimientos y experiencias sobre sí mismo y su situación.

Cuando este concepto se haya ampliado al grupo entero, podrá ser descrito, según las etapas de personalización de Berzon (1964). Las seis etapas de personalización de Berzon incluyen:

1. Se discute material no significativo personalmente.
2. Hechos acerca de aspectos públicos de ellos mismos (los miembros) son presentados en forma reservada y superficial.
3. "Consulta interna" sobre el material.
4. Aumento de compromiso emocional por parte de los miembros del grupo, con sus propias contribuciones y reacciones.
5. Tentativa de probar, y esfuerzo hacia la autoexploración y búsqueda interna para descubrir nuevos sentimientos.
6. Los miembros exploran activamente sus sentimientos, valores, percepciones de los demás; Temores y elecciones de formas de vida, con enfoque emocional al material.

SALIENDO DE LA ETAPA UNO

La parte más importante de la iniciación del grupo es el acuerdo sobre sus metas. Aún cuando cada miembro tiene metas individuales, debe haber el consenso suficiente sobre las metas comunes y las finalidades del comportamiento del grupo, para permitir a los miembros participar en el proceso. Así pues, el líder y los miembros establecerán las metas del grupo.

En la orientación de grupos la tarea es, por lo regular, ayudar al individuo a desarrollar el conocimiento de sí mismo y a realizar un cambio constructivo en su comportamiento. Los miembros buscarán algunas señales o guías acudiendo al líder, o quizás a otro miembro fuerte del grupo. De esta manera, el primer problema en el establecimiento de metas del grupo se soluciona en forma dependiente. Las necesidades de dependencia de los miembros frecuentemente no se ven satisfechas, pues en la mayoría de los grupos de orientación el líder define su papel de manera muy diferente. Las expectativas de los miembros derivan de sus líderes anteriores; esto es, padres o maestros. Cuando el líder los desilusiona por el hecho de no llenar el papel que ya conocen, pueden sentir ansiedad. Es posible que lo consideren ajeno a ellos y tal vez resientan su familiaridad con los grupos.

Bion (1959) describió una secuencia de modalidades emocionales en los grupos. Sugiere que a veces, durante el desarrollo de un grupo, parece haber un consenso encubierto entre los miembros alrededor de un tema emocional relacionado con sus problemas comunes. Al principio hay respuesta al tema dependencia - contradependencia, que se centra alrededor del conductor. El grupo se siente muy dependiente del líder y desea que establezca una estructura y les diga cómo comportarse. Cuando el grupo se vuelve más maduro puede desarrollar actitudes de independencia e interdependencia.

En esta etapa inicial no existe mucha cohesión o unidad dentro del grupo, que está compuesto de individuos con escasa o ninguna identificación con él: sólo sus concepciones privadas. El orientador es, con frecuencia, el punto focal con el que se relacionan los miembros individuales. Aún no ha podido levantarse una estructura de grupo que ayude a los individuos a saber lo que han de esperar o como conducirse. Martin y Hill (1957) caracterizan esta etapa como una que no tiene "estructura interpersonal, significativa del grupo, siendo el grupo esencialmente un conjunto de aislados sociales sostenidos en laxa asociación por una conciencia vaga del orientador y de su papel.

3.2.2. ETAPA DOS: CONFLICTO Y CONFRONTACIÓN

En la segunda etapa del desarrollo del grupo, la insatisfacción de los miembros con la operación del grupo se hace manifiesta. Después del período de reconocimiento, los miembros se sienten frustrados en sus intentos de evolucionar a nuevos patrones de conducta a través de los cuales pueden avanzar hacia las metas del grupo. La discrepancia entre los "yoes" reales individuales y sus imágenes estereotipadas del grupo, los puede llevar a conflicto. Los miembros pueden amenazar las reacciones de los demás con respecto a ellos e insistir en sus propios derechos. Este proceso de conflicto y confrontación ocurre también cuando los miembros empiezan a percibir y experimentar dificultad en la implantación de sus cambios de comportamiento (Hare, A., 1967).

Aún cuando la frustración de los miembros es provocada primero por el conductor, muy pronto dicha frustración se extiende a las reacciones entre ellos. Hay conflicto entre los miembros sobre el hecho de entrar en el mundo desconocido de las reacciones interpersonales. La ansiedad sentida por los miembros proviene de su temor a ser juzgado por los demás, de su necesidad de una estructura más fuerte que la que se puede proporcionar en ese momento, y de su incertidumbre y frustración en ese lapso en que aún no se establecen metas, métodos y normas para el comportamiento deseado. La falta de unidad es una característica sobresaliente en esta etapa.

Mills (1964) ha denominado a este período "prueba de lindero y modelamiento de papeles de comportamiento en su intento por llegar a ser más efectivos". Los miembros prueban el cumplimiento con el grupo de cada uno, con retos o crítica silenciosa.

En esta segunda etapa de desarrollo del grupo, la preocupación cambia al interés por la preeminencia, el control y el poder. El conflicto evidente está entre los miembros, o entre éstos y el conductor. Los individuos intentan frecuentemente establecer su papel en el grupo, y gradualmente se forma una jerarquía del poder (Mills, 1964).

Es una época en la vida del grupo en la que es posible que haya cierta suspensión de las costumbres sociales ordinarias y de las conductas apropiadas, a favor de procesos fermentativos, ordinariamente privados y ocultos, para que se hagan públicos y manifiestos en bien del aprendizaje. A medida que el grupo se desarrolla, el líder puede señalar la posibilidad de que esos comentarios personales resulten más benéficos para el mundo interior del atacante que para la persona atacada (Hobbs, N., 1974).

ATAQUE AL LÍDER

Al principio de esta etapa, el conductor es visto como una figura frustrante porque rehúsa cumplir con el estereotipo y decir a los miembros qué hacer. El líder puede llegar a convertirse en blanco de la hostilidad grupal, que puede llegar a expresarse abiertamente. Algunos miembros que se irritan ante el comportamiento del líder, tratan de forzarlo a tomar un papel más activo. Durante este período el conflicto dependencia-contradependencia surge con amenaza a la autoridad.

La ocurrencia de hostilidad hacia el líder es inevitable en este proceso. Las expectativas de los miembros son tan grandes que a pesar de la competencia del orientador, éste los desilusionará.

Aún si los orientadores de grupos intentan evitar el tradicional estilo de liderazgo rehusándose a responder interrogantes u ofrecer soluciones, o redirigir a los miembros a la exploración de sus propios recursos, el grupo lo proyectaría dentro de su papel de líder. Después de varias sesiones, el grupo se da cuenta de que el orientador frustra sus esperanzas particulares en relación a la conducta que de él esperaban (Hobbs N., 1974).

Yalom (1970) sugiere que una fuente de resentimiento proviene del reconocimiento por parte de cada miembro de que no será él el más favorecido por el líder. Sin embargo, en las primeras reuniones cada miembro empieza a darse cuenta de que el orientador está igualmente interesado en todos los miembros, o perciben un grado de interés desigual por parte del líder.

RESISTENCIA

La resistencia puede mostrarse en forma de ataques al asunto a tratarse al grupo o al líder. Otras formas de resistencia incluyen incomprensión de las metas y los procedimientos, huir del trabajo, e intento de obtener mayor respaldo por parte del líder. Esto es particularmente válido en un grupo de orientación enfocado en la autoexposición, autocomprensión y cambio de comportamientos. En este punto los miembros se resisten a las demandas como individuos, que estas tareas le exigen (Aranson, 1967).

Aranson (1967) describe la resistencia como una disminución en la eficacia del comportamiento de los miembros en las anteriores sesiones de orientación, misma que se manifiesta en la intensificación de las características distorsiones de transferencia en los miembros, sus mecanismos de defensa y sus maniobras defensivas. El propósito del comportamiento de resistencia es detener la ansiedad provocada por los estímulos interpersonales que más se acercan a la conciencia del individuo debido a presiones

internas, o que es liberada a la conciencia del individuo por los comentarios de la orientación o de otros miembros, Aranson (1967) discute tanto la resistencia individual en la situación de grupo, como la total resistencia del grupo.

Resistencia individual

El grupo puede ser concebido como un trabajo de tarea orientada, en la cual el participante y el orientador se interna en un comportamiento de tarea específica orientada hacia el flujo máximo de comunicación verbal directa. El individuo no sólo deber hablar de si mismo e interactuar espontáneamente con el orientador, sino ser llamado a expresar sus pensamientos y sentimientos concernientes a los demás miembros del grupo. Se espera que cada miembros actúe en reciprocidad con los demás, para participar con ellos en sus intentos de trabajar a través de sus problemas y para mantener una relación viva con cada uno de ellos a pesar de las diferencias interpersonales temporales. Cualquier cambio o incremento en los habituales mecanismos de defensa.

Indicación de resistencia.

Esto puede incluir bloqueos o cambios en el flujo de su comunicación verbal; cambios en el peso relativo dado a los pensamientos, sentimientos y acción; cambios en el énfasis colocado sobre los materiales actuales, en comparación con el material histórico, e incrementos en el nivel característico de tensión. Cuando el miembro no habla de si mismo es difícil encontrar cambios en sus defensas sin el interrogatorio directo en el grupo. El orientador puede confiar en sus observaciones de comportamiento no verbal, incluso gestos, postura y expresiones faciales. Otra forma de observar la resistencia del individuo es su uso de maniobras defensivas. La maniobra más obvia es el intento de lograr que el grupo termine o de terminar su relación con él (Bach, G.R., 1974).

Grupo de resistencia.

Aronson (1967) cree que una de las tareas más difíciles que confronta el orientador es el reconocimiento y la resolución total del grupo de resistencia, esto es, la resistencia simultánea de la mayoría o la totalidad de los miembros. Así que el orientador maneje con éxito la resistencia, el grupo podrá permanecer en un callejón sin salida (impasse), fragmentarse, o disolverse. El orientador no puede confiar únicamente en su experiencia en el manejo de la resistencia individual, cuando trate con la resistencia de todo el grupo. Debe, por tanto, desarrollar capacidades especiales para detectar y trabajar con ella (Gibb, J.R., 1976).

SALIENDO DE LA ETAPA DOS

En muchos grupos de orientación, la etapa dos puede no surgir pronto, o bien ser evitada por completo, a menos que haya suficiente compromiso del grupo para que los miembros se arriesguen a la confrontación abierta. De hecho, el conflicto puede no ser expresado abiertamente, sino a través de resistencia pasiva. Los miembros pueden permanecer silenciosos más que confrontarse uno con otros o con el orientador. El conflicto abierto y la confrontación no se ven frecuentemente en los grupos de orientación conducidos en

escuelas o en otras situaciones de orientación de corto tiempo, en las cuales el orientador es percibido como una figura de autoridad (Benne, 1978).

Sin trabajar a través de esta fase y sin establecer las normas apropiadas de comportamiento, la cohesividad se desarrolla, pero sólo a un nivel superficial. Al trabajar los miembros con sus diferencias de opiniones sobre lo apropiado de la conducta de cada uno y del orientador, pueden llegar a aceptar a la persona real más que a la imagen estereotipada, y esto los puede conducir a un mayor sentimiento de identidad con el grupo. Es importante recordar que aún cuando el grupo avanza hacia una etapa cohesiva, puede retroceder a periodos de conflicto y confrontación.

MANTENIENDO AL GRUPO

La posibilidad de que un grupo evolucione hasta alcanzar un nivel de madurez y productividad, depende en gran parte del buen éxito en el manejo de las etapas de su establecimiento. Pasadas dichas etapas, el grupo necesita aprender y poner en práctica conductas que contribuyan al cumplimiento de sus normas de trabajo. Esto puede lograrse durante la etapa de cohesividad, a medida que los miembros vayan desarrollando mayor aceptación por su conductor y el apoyo de éste y de ellos entre sí. Cuando el grupo presente condiciones de cohesividad estará listo para avanzar a la etapa de productividad. En esta etapa pueden manifestarse la absorción de conocimientos y el ensayo de nuevos patrones de conducta. Finalmente, a medida que alcanzan sus objetivos y logran ciertas aplicaciones a las situaciones exteriores de sus vidas, los miembros van sintiéndose listos para considerar su separación del grupo y, por tanto, la terminación de la experiencia (Bion, W., 1978).

3.2.3. ETAPA TRES: COHESIVIDAD

Después de la etapa de conflicto y confrontación, el grupo desarrolla gradualmente sentimientos de cohesión. Durante esta etapa hay aumento de confianza mutua y de la moral del grupo. El interés primordial de éste se centra en la intimidad y el acercamiento. De hecho, después de un periodo de conflicto el grupo puede desear la paz a toda costa y desarrollar un falso tipo de cohesividad, como forma de protección, aunque también puede suprimir toda expresión de afecciones negativas (todos mandan a todos). Sólo cuando les sea posible expresar sus afectos en forma constructiva y continuar así, podrá el grupo adquirir la suficiente cohesión para volverse maduro, productivo y eficaz (Yalom, 1970).

La cohesividad se refiere generalmente al nivel de "conciencia de grupo", que es un sentido de solidaridad de "nosotros". Puede también referirse a lo atractivo que resulte el miembro a sus grupos. Podría haber por tanto, diferencia entre la cohesividad del grupo total y la percepción individual de la misma por parte de los miembros. Ambas son claramente interdependientes puesto que la cohesividad del grupo sería la suma del atractivo para cada uno de los miembros individuales. Sin embargo, es importante darse cuenta de que algunos individuos dentro del grupo tienen un mayor sentimiento de la cohesión que otros. Lo más probable es que aquellos con un mayor sentido del valor del grupo, lo defienden contra amenazas internas y externas (Yalom, 1970).

Crumboltz y Potter (1973) ofrecen algunas técnicas de conducta para ayudar a crear la confianza y la cohesión. Sugieren que el orientador puede observar aquellas conductas y palabras que indiquen confianza entre los individuos. El orientador debe presentar, comportamientos que signifiquen confianza y cohesión, y que sirvan de modelo a los miembros de su grupo.

Se sugiere un enfoque de cuatro pasos, para que el orientador use técnicas de conducta que generen cohesión. Primero, el orientador debe definir exactamente, en términos prácticos, cuáles son los comportamientos indicativos de confianza y cohesión, que son las conductas que debe fomentar. Podría ser conveniente que utilicen también frases que incluyen los términos "nosotros" o "el grupo", expresiones de su agrado por el grupo, expresiones del deseo de continuar con él; charla dirigida a otros miembros del grupo, plática referente a las afirmaciones previas o cooperativas de otros miembros. Segundo, el orientador debe diagnosticar el nivel de cohesión al que se encuentra el grupo. A este respecto puede observar una muestra de la cantidad de expresiones que indiquen sentimientos de cohesión entre los miembros, escuchando un segmento de cinta de diez minutos, proveniente de alguna reunión del grupo. Tercero, el orientador puede intervenir modelando un comportamiento que dé lugar a la cohesión. Puede también indicar la situación haciendo preguntas o comentarios que lleven a los miembros a expresar sentimientos de cohesión. Después de que una frase en este sentido el orientador deberá evaluar el efecto de su intervención, considerando las mismas conductas que midió con anterioridad a fin de establecer si ha habido aumento en el nivel de cohesión según las discusiones de los miembros (Potter, 1973).

Lieberman (1970) demostró que el refuerzo o respaldo social sistemático de los miembros aumenta la cohesividad en los grupos. Los grupos que contaron con ese respaldo social para lograr conductas cohesivas entre sus miembros, mostraron también una mejoría sistemática más temprana y desarrollaron mayor independencia del orientador, en contraste con los miembros del grupo de comparación.

COMPROMISO CON EL PROCESO DE ORIENTACIÓN

Además de cumplir con las normas establecidas por el grupo y su orientador, el miembro individual debe dedicarse en persona al proceso de orientación, para que pueda tener lugar un cambio real de comportamiento. Cada miembro debe sentirse motivado a permanecer con el grupo y para trabajar con él por el logro de cambios positivos. Debe creer que el proceso de orientación es algo que le beneficiará y que cualquier sacrificio personal que tenga que hacer valdrá la pena por los beneficios que a la larga obtendrá. Para poder sentirse libre de expresarse y conducirse en el grupo, deberá sentir seguridad. Así pues, el miembro debe desarrollar una actitud de confianza en el orientador y en el grupo en general. Si el individuo no percibe la situación de grupo como segura, sus mecanismos de defensa permanecerán intactos (Bradford y Cols, 1964).

El papel del orientador en la promoción del proceso de identificación es el de un oyente tolerante y experimentado. La mayoría de las teorías sobre orientación reconocen la necesidad de establecer una relación entre el orientador y los clientes. Independientemente de la orientación teórica del orientador del grupo, la autoexploración de los miembros es

parte importante del proceso. El individuo explora primero sus sentimientos, actitudes, valores y conducta. Luego a través de la interacción con otros miembros del grupo, podrá lograr una mejor comprensión de sí mismo. Esta mayor comprensión puede hacer que logre con el tiempo un cambio de conducta, bien ser abierto u oculto. La cohesividad aumentará a medida que sean más las condiciones facilitantes (Kelman, 1963).

DESARROLLANDO PATRONES DEL GRUPO

Después de haber eliminado ciertos prejuicios, ensayando diferentes clases de comportamiento, y alcanzado cierto sentido de dirección, el grupo se preocupa por establecer un conjunto de normas para su conducta, decidiendo qué es lo que debe hacerse y lo que no. Estas normas de comportamiento surgen de los valores y preferencias de los miembros (Mills, 1978).

Los patrones o estructuras de un grupo representan la parte más observable de la interacción. Se refieren a las propiedades del grupo resultante de la interacción de sus miembros, y que pueden observarse. La estructura de un grupo se logra a través del tiempo y se transforma en patrón representativo y recurrente de las relaciones a través de las cuales se canalizan las actividades del grupo (Mills, 1978).

El comportamiento entre los individuos no es resultado de una fluctuación aleatoria, y tiende a repetirse en el curso de cada interacción. Un elemento básico de la vida del grupo es que el hecho de quién participe con quién en una secuencia particular, probablemente un patrón que habrá de repetirse en interacciones futuras.

Si cuentan con un líder activo y con metas comprensibles, los miembros del grupo tienden a identificarse entre sí y a absorber los objetivos del mismo. El individuo debe alcanzar cierto grado de identificación con los miembros del grupo y una identificación con sus normas para que sea capaz de empezar a funcionar eficazmente como miembro del grupo (Mills, 1976).

Como resultado de las interacciones, los sentimientos asociados con las relaciones estables contribuyen al patrón colectivo. Variables tales como la influencia de los miembros entre sí, el agrado u hostilidad de unos por otros, y la formación de subgrupos dentro del grupo entero, influyen sobre los miembros para dar lugar a una conducta de la que surge un patrón (Zalesnik y Moment, 1964).

Patrones de influencia.

A medida que el grupo adquiere identidad y avanza hacia una etapa de implicación en el proceso, se vuelve evidente que algunos miembros han ejercido mayor influencia que otros en el avance del grupo. El orientador es quizá una de las personas con mayor influencia dentro de un grupo, pero hay otras que pueden ejercer diferentes grados de autoridad (Zalesnik y Moment, 1968).

Patrón de comunicación.

Es el núcleo de las propiedades estructurales de un grupo, y fundamental para cualquier descripción de conducta colectiva.

El aspecto cuantitativo de la comunicación está relacionado con el hecho de que el grupo funciona en el tiempo y de que los miembros deben compartir ese tiempo. Evidentemente, el uso del tiempo no es igual. Los miembros que tienen mayor influencia participan generalmente más que los que tienen poca. Existen varias formas en la que un orientador observe la comunicación cuantitativa. Un método de observación es la frecuencia de la interacción, el número de veces que habla un miembro durante las sesiones. Otro indicador de la cantidad de comunicación comprende la duración de la interacción. Obviamente el orientador no puede llevar la cuenta o computar el tiempo en el que tienen lugar las interacciones durante la reunión del grupo, pero la observación de quién es la persona que participa en el proceso constituye un indicador importante de la interacción en el grupo (Moment, 1968).

Patrones de subgrupamiento.

Después de un periodo de conflicto, los miembros han encontrado ya, por lo común, otros miembros con los que concuerdan y por lo que se sienten protegidos, así como algunos que les agradan menos y otros con lo que difieren o unos más a los que atacan o por quienes se sienten atacados.

Los miembros que forman parte de un subgrupo descubren con frecuencia que ofrecen mayor lealtad al subgrupo y a los objetos de éste, que al grupo en su totalidad. En algunos casos la doble lealtad genera conflicto en el individuo. El miembro que no apoya las metas o conductas del subgrupo arriesga su exclusión del mismo, y la imposición de un tipo de sanción social (Yalom, 1970).

Patrones de toma de papeles.

La toma de papeles es otra forma de examinar el proceso de interacción, ya que es representado por el desempeño de los individuos relacionados con el proceso continuo del grupo (Benne, K. D., 1969).

Se adopta el espíritu de intercambio emocional activo y hay interacción y participación de percepciones interpersonales, consistiendo en la tarea inmediata de diferenciar a los miembros del grupo y darles identidades individuales. Los papeles de colaboración son importantes: los de apoyo, conciliación, integración y otros ayudan a unir a los miembros.

Este es un proceso de síntesis en el que interacciones aparentemente fortuitas se vuelven dinámicas, ordenadas y lícitas, ya que se ven como un sistema de relaciones subyacentes en el grupo. A medida que el grupo crea cohesividad, los papeles que asumen los miembros tienden a volverse un tanto estables. La función o asignación de papeles representa una división de funciones necesarias en los momentos adecuados (Yalom, 1971).

Patrones de sentimientos interpersonales.

Aún cuando no es posible observar directamente el patrón de los sentimientos interpersonales que se desarrolla entre los miembros, porque existe en los sentimientos o actitudes que un miembro puede tener con respecto a otro, dichos sentimientos forman el substrato de la conducta y pueden deducirse en base a lo que una persona hace y dice (Bales R.F., 1968).

Aún cuando la cohesividad del grupo es evidenciada por la aceptación y la comprensión, permite también una mayor expresión de la hostilidad y el conflicto. Uno de los aspectos de la congruencia implica la comunicación eficaz de lo que se está sintiendo. El conflicto no expresado no puede llevar a una solución porque el individuo rompería la comunicación y reduciría cualquier oportunidad de cambio de actitud. Un elevado grado de cohesión permite que los individuos expresen sus conflictos y hostilidades mutuas en un intento por solucionarlos. Cuando es posible tratar un conflicto en forma constructiva dentro del grupo, la comunicación se hace más auténtica.

SALIENDO DE LA ETAPA TRES.

Durante la etapa tres los miembros reaccionan con mayor prontitud a las sugerencias sutiles. Indican su acuerdo o desacuerdo en forma tentativa más que con aceptación o rechazo plenos. A medida que el grupo evalúa, selecciona y decide, se convierte en un sistema social único con sus propios valores, normas y arreglos internos. Un núcleo de miembros se dedica al sistema normativo y se evitan los conflictos. Miles (1953) expresa que puede aparecer una "falsa aceptación" en las que los desacuerdos son ahogados cuidadosamente en búsqueda del consenso, para evitar la ansiedad. El barnizar las diferencias para conservar la armonía puede representar un problema. El grupo debe romper su complacencia, porque un período de complacencia demasiado largo es un obstáculo para su crecimiento ulterior. Muchos grupos de orientación no pasan de esta etapa. El orientador podrá quedar satisfecho sólo hasta cuando los miembros retroaccionen emocionalmente y muestren mayor conciencia de su efecto en los demás.

3.2.4. ETAPA CUATRO: PRODUCTIVIDAD

La conducta del grupo durante la etapa de productividad no es muy definida. El grupo se ha estado reuniendo durante algún tiempo y ha solucionado ciertos conflictos y trabajado para alcanzar un nivel realista de cohesión en el que se aceptan entre si con sus problemas y tratan de ayudarse a resolverlos.

El grupo ya establecido se dirige ahora a metas individuales y colectivas, tratando de producir algo de valor general y duradero. En un grupo de orientación, la tarea puede consistir en llegar a conocer los procesos personales e interpersonales, y en llevar a cabo un cambio constructivo de la personalidad.

Existe ahora la conciencia de que el grupo es un grupo. Al principio el grupo dependía del conductor en lo relativo a conceptos y modelos; ahora, en cambio, los miembros tienen ya cierta capacidad de conducción (Carkhuff, R., 1971):

Durante esta etapa la estructura del grupo tiende a ser funcional. Las normas de conducta son útiles y no simplemente sostenidas per-se. Se da una clase de atención casual y constante al proceso de trabajo. La colocación de metas, el desarrollo de procedimientos y el resumen y funcionamiento sistemático constituye algunas de las actividades necesarias para equilibrar los aspectos emocionales e interpersonales del grupo. El orientador puede promover al máximo el desarrollo del grupo mediante la aplicación de los principios básicos del papel del orientador (Yalom, 1970).

Como los lazos interpersonales son ya fuertes, puede emprenderse la evaluación crítica, la discusión y la reevaluación. El grupo se dirige a sí mismo como un objeto, puesto que se han establecido relaciones subjetivas.

EXPERIENCIAS EMOCIONALES CORRECTIVAS

La productividad como resultado de la orientación debe medirse en términos de los cambios efectuados por los miembros del grupo. Los cambios pueden ser considerados en términos del comportamiento dentro de la situación colectiva y de cambios en la conducta externa. Kelman (1963) sugiere una situación de grupo en la que el cliente es liberado y obligado a vencer sus resistencias y a pensar y hablar sobre cosas que generalmente evita. La mayor libertad le permite experimentar ciertos sentimientos dentro del grupo y expresarlos a medida que los experimenta.

Para que tengan lugar cambios duraderos, el participante debe pasar por lo que Kelman (1963) llama "experiencias emocionales correctivas", basadas en las presentaciones que se hacen dentro del grupo, de actitudes distorsionadas, autoderrotistas y problemáticas que el individuo adopta en sus relaciones de la vida real (Bales R.F., 1967).

La importancia de las experiencias emocionales correctivas estriba en que el examen que hace el individuo de sus actitudes y patrones de conducta tiene lugar en forma simultánea con su manifestación real, a un nivel de vida verdadera de gran intensidad emocional.

La comunicación implica el despertar de algunas resistencias y defensas emocionales latentes contra el material intelectual, haciéndolas explícitas y con ello permitiendo la disolución de la resistencia. En contraste con la mayoría de las situaciones de aprendizaje, la meta a largo plazo de un grupo requiere interferir en la esperanza inicial de los miembros de que las cosas permanecerán a nivel cómodo e intelectual.

Para que tenga lugar este proceso, el orientador y los miembros del grupo deben influir en el individuo para que venza sus resistencias, para que se permita experimentar algunos sentimientos de amenaza, expresarlos cuando los vaya teniendo, y que los examine.

El orientador contribuye a estos procesos confrontando a un miembro del grupo con los aspectos distorsionados o autodestructivos de sus actitudes y conductas; y por otros métodos, para estimular el autoanálisis.

Los miembros del grupo presentan una amplia gama de posibilidades de interacción para el individuo, incrementando de esta manera las posibilidades de que las actitudes y patrones que le molestan en la vida real puedan ser evocadas durante la situación de orientación.

AUTOCOMPRESIÓN

Este período no debe interpretarse como uno de hostilidad. La confrontación efectuada por el orientador y el grupo es un proceso de retroacción que comprende altos niveles de condiciones facilitantes. Se centra en el área de problemas expresados por el individuo; no es un proceso de sondeo. En caso de que hubiera demasiada amenaza, el orientador defendería al individuo (Carkhuff, 1971).

Cuando el miembro del grupo, ya es capaz de manejar los sentimientos inmediatos y la autoexploración, el orientador puede ayudarlo a reunir sus conocimientos fragmentados para que logre la comprensión de sí mismo. El orientador puede concentrarse en estructurar o reestructurar el proceso de comunicación del miembro. Para comenzar, el orientador pueden centrarse en las áreas más competentes de funcionamiento del individuo, porque la probabilidad de que el cliente comprenda y actúe sobre su situación es más grande en las áreas en las que funciona a niveles más altos. Cuando el miembro tiene la suficiente seguridad para explorar y adquirir nuevos conocimientos, es posible manejar reacciones adicionales dentro de las áreas de contenido. A medida que el individuo logra una mayor comprensión de sí mismo y puede mantener su nivel de comprensión afectiva, el orientador desplazará su atención hacia la siguiente etapa de la orientación -la acción; pero deberá reconocer alguna repetición en el ciclo "autoexploración-a- comprensión -a- acción" (Carkhuff, 1971)

MODIFICANDO CONDUCTAS

La introspección dinámica (insight) que se obtiene de una experiencia emocional correctiva no es suficiente. Para que sea productiva, la orientación debe producir cambios en la conducta del individuo, hacia las personas que forma parte de su vida diaria, fuera del escenario del grupo.

El cambio de conductas fuera del grupo es aún más difícil que la solución de la situación dentro del grupo. Será necesario que el grupo ejerza influencia en la conducta del individuo, de manera que éste pueda aplicar sus nuevos conocimientos a situaciones en las que su conducta anterior no haya sido satisfactoria (Kelman H.C., 1977).

ACCION

El objetivo inmediato debe ser ayudar al individuo para que lleve a cabo una acción constructiva. La meta final en orientación es la acción constructiva dirigida al cambio de comportamiento del participante, tanto en términos de sí mismo como de su situación.

Existe una interrelación entre la autocomprensión de participantes, y su acción; una y otra intensificándose. Las áreas de mayor comprensión de sí mismo ofrecen la mayor probabilidad de lograr éxito en una acción. A medida que el participante aumenta su comprensión de otras esferas y se acerca a la acción, el orientador puede ir aumentando el nivel de orientación hacia la acción. Carkhuff (1971) sugiere que el orientador comience por iniciar más actividades basadas en su experiencia de la situación, sirviendo tanto de modelo como de agente, para que el participante haga algo semejante.

EXPERIMENTACION

Los cambios que se producen dentro de la situación de orientación debe tener un importante efecto en la conducta que el individuo muestra en el exterior. La generalización del aprendizaje a situaciones externas requiere que la persona experimente con nuevas conductas. A medida que trata de cambiar sus acciones y situaciones interpersonales, se hará más consciente de la naturaleza poco realista de sus actitudes anteriores y adquirirá mayor confianza para reorientar su conducta (Kelman, 1963).

Si el individuo tiene fe en que el orientador y los otros miembros del grupo lo ayudarán, aumentarán sus sentimientos positivos conducentes al posible éxito, y disminuirán sus sentimientos de impotencia. Su identificación con el orientador incrementará la dedicación del miembro a la situación de grupo y a los requisitos de su propio papel dentro del mismo. El orientador debe recordar, sin embargo, que ésta es sólo un parte de los procesos y no un fin en sí mismo.

Kelman (1963) se refiere al orientador como "un interlocutor imaginario". Cuando el individuo se encuentra en una situación de la vida real ya discutida en el grupo, el orientador tenderá a representar a una tercera persona con la que aquél establece una conversación imaginaria. El hecho de que el individuo sepa que informara sobre su comportamiento en la siguiente sesión. Incrementa la posibilidad de que satisfaga la expectativa del orientador y cumpla su compromiso de ensayar nuevas conductas. De esta manera el individuo puede ensayar un nuevo comportamiento esperando que el orientador lo apruebe, o abstenerse de poner en práctica una conducta que suponga hara de desaprobación al orientador. Los miembros del grupo desempeñarán un papel similar en este proceso, reforzando la posición del orientador. Constituyen ese "público previsto" ante el cual el individuo habrá de informar sobre su conducta fuera del grupo.

La meta final en orientación se logra cuando el individuo generaliza los conocimientos que ha obtenido aplicándolos a situaciones específicas en su vida exterior (Benne, K.D., 1976).

SALIENDO DE LA ETAPA CUATRO.

Aún cuando el compromiso inicial del individuo con el proceso de orientación y su implicación posterior en dicho proceso constituyen etapas importantes, la etapa de productividad es crucial. Para resumir: es durante esta etapa cuando el individuo absorbe esos nuevos valores y nuevos patrones de conducta que ha ido adquiriendo.

A fin de que los cambios sean duraderos, el participante debe pasar por las experiencias emocionales correctivas, que se producen en la situación de orientación a través de evaluaciones objetivas que haga el individuo de su conducta pasada. El orientador puede ayudarlo a ver la naturaleza de su conducta de autoengaño, confrontándolo con estos patrones de conducta, ofreciéndole interpretaciones de los mismos o alentándolo al autoanálisis de algunas otras formas.

Los miembros del grupo ofrecen también oportunidades para lograr experiencias emocionales correctivas. En orientación individual la única interacción posible es entre el orientador y el participante; en el escenario del grupo existen en cambio muchos individuos con quienes interactuar (Muro y Freenan, 1968).

3.2.5. ETAPA CINCO: TERMINACIÓN

La terminación es uno de los aspectos más significativos del proceso del grupo. Si se maneja en forma inadecuada, puede dar lugar no sólo a que concluya esta experiencia sin cambios efectivos para los miembros, sino que afecta también a éstos en forma adversa a aquellos que no puedan buscar ayuda ulterior cuando la necesiten. Si se maneja en forma adecuada, el proceso de terminación puede, en sí mismo, ser una fuerza importante que ayude a los individuos a desarrollar nuevas conductas (McGee, Suman y Racusen, 1972).

La transición de la situación del grupo a la de la vida cotidiana de los miembros será más fácil si el orientador ha subrayado la importancia de entrar en acción y realizar cambios de actitudes y conducta. Durante la etapa de productividad deben haberse dado oportunidades para que los miembros inicien acciones para establecer nuevos patrones de conducta. La experiencia de grupo proporcionará a los miembros una buena partida e incentivo para continuar su proceso de aprendizaje después de terminado el grupo.

CONSIDERACIONES DURANTE LA TERMINACIÓN

La propiedad y eficacia de la terminación pueden estar relacionadas con el carácter institucional y la cultura colectiva del grupo, o las actitudes y acciones del orientador con relación al proceso (McGee, Suman y Racusen, 1972). En una institución con limitado compromiso de orientación de grupos, puede haber menos interés en el proceso de trabajar hasta el final. La falta de continuidad en el cuidado en tal situación no permite que el método de grupo sea eficaz para lograr la introspección y el cambio de comportamiento.

La cultura de grupo está formada por los miembros y el orientador. En un grupo abierto, la asimilación de nuevos miembros y la salida de otros puede perjudicar una cultura de grupo. Si hay poca cohesión, el orientador y el grupo deberán enfrentar la situación abiertamente. Pueden también surgir discusiones sobre la terminación cuando entran al grupo nuevos miembros que se centran en cualquier tema que surge. Las múltiples ausencias o la partida prematura de un miembro, por ejemplo, son signos de debilidad de cohesión que deben ser investigados. Si los miembros suponen que pueden entrar y salir según les parezca y dejar el compromiso con el resto del grupo, la atmósfera será perjudicial para el proceso de orientación (McGee, Suman y Racusen, 1972).

Es raro que un grupo examine sus sentimientos sobre la terminación si el orientador no los estimula. El orientador debe ayudar a los miembros a diferenciar entre una terminación correcta y otras formas de disolución del grupo, Yalom (1970) indica tres formas comunes de terminación de un grupo: la terminación del participante que no tuvo éxito; la separación de un participante que sí lo tuvo, y la terminación del grupo completo.

TERMINACIÓN DEL GRUPO

Muchos grupos cerrados tienen límites de tiempo específicos que se establecen al iniciarse el grupo. Algunos grupos cerrados comienzan con un programa de tiempo con final abierto, y luego toman una decisión al respecto al momento de la terminación.

Los grupos tratan con frecuencia de evitar el difícil proceso de pasar por la terminación, y el orientador debe ayudarlos para se centren en esta tarea. A medida que el grupo avanza hacia su terminación, el orientador necesita ayudar a los miembros para que superen la tentación de evitar el punto. En el caso de los grupos que han evolucionado a través de las diferentes etapas y se han vuelto productivos, puede recordarse a los miembros que ese es su grupo y que deben decidir la forma de ponerle término.

Algunos otros pueden sentir dificultad para separarse y tratarán de hacerlo ausentándose cada vez más, negando la situación o rehusándose a discutirla sino hasta la junta final. Como es parte tan importante del desarrollo del grupo, el orientador debe ayudar a los miembros para que hablen de sus sentimientos con relación a la separación de ellos y la extinción del grupo.

Aún cuando el orientador y los miembros están dando terminación a una experiencia en común, lo hacen todos con diferentes grados de preparación. No obstante que el grupo ha pasado por diferentes etapas de su vida en forma conjunta, es posible que algunos miembros del mismo no hayan llegado al punto de aplicar sus conocimientos o sus conductas en situaciones externas. Es importante que los miembros del grupo y el orientador examinen sus sentimientos con relación a la próxima terminación y que se preparen para este proceso.

Los miembros del grupo pueden hablar sobre temores y pena relacionados con la desaparición del grupo, lo que conduce con frecuencia a más emocionantes hechos ocurridos dentro del grupo, recordarse unos a otros cómo eran al principio y dar testimonios personales de la gran ayuda que han recibido. El orientador debe también manejar sus sentimientos con referencia a la separación. Es tan vulnerable como los demás miembros del grupo y podrá facilitar el proceso descubriendo sus propios sentimientos (Benne, K D., 1976).

3.3. TERAPIA DE GRUPO CON PACIENTES ALCOHÓLICOS

En los últimos 20 años la comprensión de las adicciones y su tratamiento ha sufrido grandes modificaciones. Hoy se considera que la adicción es una condición previa que hay que detener, si se desea lograr algún progreso en el tratamiento, por lo que la abstinencia se convierte en el primer objetivo de la recuperación. Las personas alcohólicas o dependientes de sustancias no pueden beneficiarse de la terapia a menos que dejen de consumir dichas

sustancias químicas. Esta afirmación ha institucionalizado el tratamiento de la adicción, a la vez que ha creado una filosofía del tratamiento completamente independiente de los abordajes tradicionales de las problemáticas psicológicas, y al tiempo que pone en el candelero la cuestión de hasta qué punto la adicción es un fenómeno puramente psicológico. Este concepto de enfermedad apoya la idea de Alcohólicos Anónimos (AA) de que la adicción constituye, per-se, una enfermedad y que la abstinencia (la primera afirmación del programa de 12 pasos de AA) es la única cura de la adicción (Harold I. Kaplan, M.D., 1996).

Antes de este cambio radical en la filosofía del tratamiento, se consideraba que los conflictos intrapsíquicos y las dinámicas interpersonales eran los factores causales de la adicción. Sin embargo, el concepto de enfermedad ha cambiado por completo tal concepción. Depresión, ansiedad y patología de carácter se consideran ahora síntomas, en vez de causas de la adicción. Los especialistas en adicciones han descubierto que una vez que se persuade a los sujetos dependientes del alcohol u otras sustancias de abstenerse de su consumo, los síntomas desaparecen completamente o disminuyen sustancialmente.

La necesidad progresiva de contar con mayores medios es el resultado directo del incremento en el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas que caracteriza a la sociedad de hoy en día.

3.3.1. ESTRATEGIAS GRUPALES Y REQUISITOS

Edward J. Khantzian, Kurt S. Halliday y William E. Mc Auliffe (1990), Marsha, vanicelli (1988), Stephanie Brown (1985), Robert A., Matano e Irvin Yalom (1991) y Flores, 1988, coinciden en que la abstinencia es un elemento crucial, sino el más importante, en la recuperación de cualquier individuo que sufra un trastorno por abuso de sustancias. Todos apoyan la inclusión del paciente en un programa de 12 pasos, al tiempo que su participación en una terapia grupal. Todos utilizan algún tipo de terapia grupal de orientación interpersonal, fundamentada teóricamente en el modelo de terapia grupal interaccional de Yalom (1985).

Los terapeutas grupales deben estar bien familiarizados con el lenguaje y la filosofía de estos programas. Matano y Yalom (1991) sugieren que el programa debe conocer en profundidad la organización AA su lenguaje sus doce principios y sus procedimientos.

El terapeuta grupal que desee trabajar de forma continuada con pacientes adictos, debería conocer en profundidad AA y su concepto de enfermedad.

3.3.2. ABORDAJES TRADICIONALES DE LA TERAPIA GRUPAL

Los pacientes que presentan abuso de alcohol u otras sustancias no suelen responder a los terapeutas grupales pasivos y que tienden a contener las emociones del paciente, ni a estrategias que no impliquen una buena dosis de gratificación apoyo y responsividad. Esto no implica que el terapeuta no deba gratificar a los pacientes y al grupo de modo infantil.

No sólo se opone a la realidad, sino que es contraproducente y, en último caso, imposible de lograr, sino que además alimenta el narcisismo de los miembros del grupo y sus expectativas de gratificación inmediata (Cahn, 1970).

La tarea del terapeuta grupal consiste en asegurarse de que los pacientes mantengan la abstinencia, mientras se les ofrece la oportunidad de experimentar un grado de ansiedad y frustración suficiente para generar la emergencia de sus patrones desadaptativos y destructivos característicos, así como sus estilos de abordaje o manejo de situaciones conflictivas. Al mismo tiempo se requiere un grado adecuado de apoyo y gratificación que evite el acting-out de los miembros dentro del grupo (minimizando las distorsiones transferenciales destructivas y la identificación proyectiva patológica) o fuera del grupo (abandonando el grupo o recayendo en el consumo de alcohol o drogas, para poder manejar los efectos dolorosos) hasta que aprenden a afrontar la adversidad y el estrés de forma productiva (Matakas, Koesten y Leidner, 1978)

Para lograr tal objetivo, el terapeuta grupal deber ser más activo y gratificante que en un grupo de pacientes no adictos. El énfasis de Yalom es la cohesión como factor curativo que cobra mayor significación cuando se trabaja con pacientes adictos. La creación de un clima grupal que favorezca la autocomprensión y la comprensión de los demás, sirve para que los miembros del grupo entiendan el mecanismo por el que su vulnerabilidad psicológica les conduce al consumo y dependencia del alcohol y otras drogas.

3.3.3. EL TRATAMIENTO COMO PROCESO CRONOLÓGICO

Un parte de la polémica se relaciona con la pregunta de si la terapia es eficaz con los individuos que padecen algún tipo de adicción; aunque en general, es menos probable que los individuos en una etapa temprana de su recuperación respondan y se beneficien completamente de las formas más tradicionales de la terapia que los que se encuentran en etapas más avanzadas. Una reciente revisión bibliográfica (Kaufman, Reoux, 1988) recomienda adaptar que estrategias del tratamiento para que encajen con las tres fases diferenciadas del tratamiento; 1) Logro de la abstinencia o estado de sobriedad, 2) recuperación temprana o abstinencia y 3) etapa avanzada o tardía de la recuperación

Algunos autores (Brown 1985; Wallace, 1975) sugieren que el primer año de tratamiento se concentre exclusivamente en la abstinencia y en la conciencia de la enfermedad, aunque otros autores (Khantzian, 1990) son menos restrictivos con esta postura, sin embargo, muchos creen que los pacientes con adicciones pueden beneficiarse desde muy pronto de la terapia, siempre que se dé prioridad a la abstinencia y si las técnicas grupales se aplican con este matiz de apoyo y expresividad (Khantzian, 1990).

Las primeras intervenciones deben dirigirse a la disminución de la negación por parte del paciente adicto y deben intentar evitar, al mismo tiempo, la inducción de afectos negativos demasiado pronto.

3.3.4. FACTORES CURATIVOS

Algunas de las siguientes potencialidades curativas son especialmente importantes durante las primeras fases del tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas (Khantzian, Halliday y Mc Auliffe, 1990).

1. Apoyo positivo y presión para mantener la abstinencia por parte de los demás participantes.
2. Identificación recíproca y oportunidad de experimentar que no se encuentran solos en la lucha contra su obsesión compulsiva por el consumo de sustancias químicas.
3. Oportunidad de comprender sus propias actitudes y su negación de la adicción al tener la oportunidad de confrontar actitudes y defensas similares en otros pacientes.
4. Aprendizaje experiencial e intercambio de información que conlleve la idea de que la abstinencia tiene siempre primacía, potenciando que el paciente asuma su identidad como alcohólico o adicto.
5. Identificación, cohesividad, esperanza y apoyo en un encuadre definido y estructurado con unos límites precisos que favorecen la distinción entre las consecuencias que son responsabilidad del paciente (esto es, tomarse la primera copa) y aquellas de las que no son responsables (esto es la propia enfermedad de la adicción).
6. La oportunidad de tomar conciencia de cómo sus estilos caracteriológicos interpersonales obstaculizan su capacidad de establecer relaciones sanas y gratificantes con los demás.

3.3.5. EL TRATAMIENTO EN LAS ETAPAS INICIALES Y AVANZADAS.

Para realizar un trabajo eficaz con pacientes adictos, el terapeuta grupal tiene que plantear el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas. Se deben evaluar cuidadosamente la fuerza del yo del paciente, su patología de carácter, motivaciones, negación y duración del periodo de abstinencia de consumo. Sin embargo, el periodo desde el último consumo de sustancias es claramente el factor principal (Flores, 1988).

Otro tema de importancia es el rechazo inicial, por parte de los pacientes, a considerar que el consumo de sustancias es la causa principal de sus dificultades emocionales y conductuales. Para complicar este proceso defensivo destructivo nos encontramos con su propensión a recaer en el consumo cuando la ansiedad o depresión se eleva demasiado rápido, por encima de los niveles que pueden tolerar. La tarea más complicada con este tipo de pacientes en las primeras etapas consiste precisamente en disminuir la negación a la vez que se trata de facilitar la expresión espontánea y la conciencia de sí mismo y, simultáneamente se intenta mantener el nivel de ansiedad dentro de unos límites tolerables. Sin embargo para que se produzca una modificación real emocional y de carácter, es necesario realizar un giro gradual desde una etapa de apoyo, ánimo y confrontación amable,

hacia una etapa posterior en que se le conduce a considerar dura y friamente su patología de carácter y sus antiguas experiencias emocionales de carácter doloroso (Flores 1988).

EL TRATAMIENTO EN LA PRIMERA ETAPA

Los terapeutas grupales noveles aprenden rápidamente que hay muy pocos pacientes adictos que entran en el grupo por voluntad propia. Consecuentemente al inicio de su integración se encuentran bajo una presión externa, que procede sus familias, empleadores, juzgados o se ven obligados, debido a los problemas de salud física relacionado con el consumo. El terapeuta grupal descubre pronto que muchos participantes se encuentran en un estado mental grave, caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión o se sienten agredidos porque hay otras personas que les están obligando a cumplir unas demandas que consideran injustas, desproporcionadas y vengativas (Shore, 1981).

Cuando el paciente no se opone y rebela activamente contra el tratamiento, intenta convencer al terapeuta y a los demás miembros del personal de que están implicados activamente en su recuperación y en el tratamiento. Esto supone para el terapeuta una dificultad añadida, ya que los pacientes que se resisten abiertamente generalmente son más fáciles de tratar que los que cumplen de forma pasiva.

En cualquier caso, la postura de los pacientes ha de abordarse y modificarse rápidamente, generalmente en 28 días, la duración de un programa de ingreso normal. A menos que esto se logre, el programa de AA no se internalizará y el paciente no llegará a responsabilizarse personalmente de su recuperación y abstinencia (Kohut, 1984).

La mayoría de los pacientes con problemas de adicción presenta niveles cambiantes de motivación para la abstinencia del consumo, especialmente durante las primeras etapas del tratamiento, que es precisamente cuando el daño causado por la adicción al alcohol o a las drogas es más severo y se encuentra más rígido y limitado para explorar soluciones alternativas a los viejos problemas. Incluso cuando los pacientes adictos y alcohólicos se integran voluntariamente al tratamiento y tienen un deseo fuerte e innato de abandonar el consumo de las sustancias, se encuentran con dificultades para dar los pasos necesarios que aseguren la recuperación, debido a su patología de carácter. La severidad de su condición se debe al poco tiempo transcurrido desde que abandonaron el consumo, lo que les hace volverse rebeldes, desconfiados y manipuladores (Kohut, 1984).

El arte de tratar la adicción consiste en poder superar la enorme negación y resistencia, ya sea activa o pasiva, que presenta la mayoría de los pacientes adictos. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad terapéutica; el tiempo grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de las terapias habituales con pacientes no adictos. El tratamiento de un paciente adicto implica una modificación de los focos de interés y un cambio de técnicas en las que, generalmente el terapeuta no está entrenado ni experimentado (A. L. Jarmas, 1990).

CONFRONTACIÓN

El terapeuta debe evitar las confrontaciones destructivas o improductivas. No se debe bombardear al paciente con confrontaciones realizadas "por su propio bien". Hay formas mejores de transmitir la misma información sin que está pierda su efecto.

El motor básico del tratamiento de los pacientes adictos consiste en llevarles a que perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado se debe transmitir a los pacientes las ventajas de no beber o no consumir drogas comparadas con los problemas derivados del consumo continuo de ellas. Esa alternativa debe sopesarla y decidirla los propios pacientes (A. E. Kayak, 1990).

EL TRATAMIENTO DE LAS ETAPAS AVANZADAS

Una vez que los terapeutas grupales han utilizado la fuerza y la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes alcohólicos o adictos internalicen su responsabilidad sobre la abstinencia, deben llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas, alcohol, sexo y comida como fuente de gratificación y regulación afectiva.

Los pacientes deben revisar su pasado así como la historia de sus relaciones tempranas con la familia de origen (Bowlby, 1980).

Dado que la mayoría de los pacientes adictos provienen de familias disfuncionales y alcohólicas, las relaciones disfuncionales e insatisfactorias son una constante. Esto se debe, en buena medida, a sus experiencias tempranas de privación y es potenciado por compulsión a la repetición, que les lleva a repetir una y otra vez en el presente sus estilos disfuncionales. Consecuentemente, suelen elegir mal o bien, por medio de la identificación proyectiva, provocan que los demás les traten de la misma manera en que fueron tratados anteriormente. (Mahler, 1979).

Los miembros de un grupo maduro, que llevan un cierto tiempo sin consumir alcohol o drogas, son capaces de beneficiarse y aprender una estrategia centrada en el intercambio entre los miembros en el aquí y el ahora. Los pacientes deben llegar a aprender cómo saborear, aprovechar y establecer relaciones recíprocas satisfactorias, sin sucumbir al impulso destructivo de sabotearlas.

FAMILIARES

Mientras más trabajan los terapeutas con pacientes adictos, más caen en la cuenta que muchos de los miembros del grupo han crecido en hogares en que ambos progenitores eran alcohólicos. Las personas que dirigen los grupos terapéuticos acaban por comprobar que hay un número desproporcionado de pacientes cuyas parejas y esposos/as han crecido en familias con padres alcohólicos. Parece que la adicción es norma en las familias. Muchos individuos que no llegan a convertirse en adictos terminan por relacionarse con personas que presentan problemas de alcoholismo (Vanicelli, 1991).

3.3.6. ADICCIÓN Y FAMILIA

En la actualidad el alcoholismo y la dependencia de otras sustancias se consideran enfermedades o condiciones que afectan a todos los miembros de la familia (Gitlow, 1973; Jellinek, 1960); Jonson, 1973). Los hijos educados por padres alcohólicos probablemente padezcan las secuelas de esa experiencia e incluso mucho después de convertirse en adultos y abandonar la familia de origen. Muchos terapeutas (Brown, Beletsis, 1986; Cermak, 1984; Kritsberg, 1986) consideran que lo individuos que se desarrollan en hogares alcohólicos, inseguros, caóticos y disfuncionales suelen presentar síntomas y características comunes, consecuencias de estas experiencias comunes. Esas características y síntomas comunes se han identificado y popularizado abajo la denominación de Hijos adultos de alcohólicos (ACOA).

Desarrollarse en un ambiente alcohólico es lo mismo que crecer en un sistema familiar disfuncional. No es el alcohol o su consumo lo que perturba el sistema familiar, sino la conducta patológica y las manifestaciones emocionales erráticas de los padres alcohólicos, las que generan unas características en los hijos, a los que comúnmente se les denomina rasgos ACOA.

Hay numerosas variables que complican la situación (edad del niño en el momento de la aparición del alcoholismo de los padres, número de hijos de la familia, número de orden que ocupa el hijo, disponibilidad y subrogados parentales y alcoholismo o en uno o ambos progenitores) que han de evaluarse para poder llegar a afirmar con certeza que todos lo individuos que han crecido en familias alcohólicas comparten las mismas características. Es más acertado afirmar que crecer en el sistema disfuncional de una familia alcohólica produce cierto tipo de patología en la mayoría de los casos y que, como resultado de esa experiencia patológica muchos individuos presentan estilos personales y rasgos patológicos comunes (J. Scott Rutan, 1988).

CAPITULO 4

PROPUESTA: PROGRAMA PREVENTIVO DE ALCOHOLISMO A NIVEL COMUNITARIO A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE GRUPOS DE APOYO

Una de las muchas drogas, y frecuentemente la de mayor importancia por la facilidad con que entra en la vida de los adolescentes y los adultos, es el alcohol.

Desde hace varios años el consumo del alcohol en nuestra sociedad se ha convertido en algo común, sin embargo, existen muchas formas de consumir alcohol, así como lugares en donde es o no aceptable, y que abarca, y afecta, casi todos los aspectos de nuestra cultura, por lo que el alcoholismo representa un enorme problema social, y tiene graves repercusiones en la vida familiar, laboral, etc., del alcohólico.

El Estado de Hidalgo está integrado por 84 municipios de los cuales el Comité de Planeación para el Desarrollo del estado de Hidalgo (COPLADEH) considera 28 de ellos en condiciones de marginación. Tal condición de acuerdo a los INADES (Inventario de Necesidades de Alternativa y Desarrollo), documento que se maneja dentro de la Red Móvil por parte de las promotoras sociales, ha indicado que la mayoría de las regiones presenta problema de Alcoholismo, lo que ocasiona frecuentes problemas de tipo social y familiar.

Como una respuesta a la preocupación y el problema social que el alcoholismo representa, se presenta esta propuesta de intervención, dirigida a la población en general de comunidades marginadas en el Estado de Hidalgo, teniendo como objetivo: Integrar a la familia y a la comunidad en los esfuerzos de prevención y en la promoción de estilos sanos de vida, a través de la capacitación de promotoras sociales, la integración de grupos de apoyo y la formación de líderes comunitarios.

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información que se obtiene por parte de las promotoras sociales que trabajan en la red móvil es que en las comunidades del Estado de Hidalgo existe un alto índice de personas alcohólicas las cuales requieren de atención social con el objetivo de mejorar su calidad de vida y la de su familia.

4.2. JUSTIFICACIÓN

Las características naturales, históricas y culturales del Estado, han venido conformando una situación socioeconómica con diferencias regionales que se reflejan en la calidad de vida, el bienestar de la población y los funcionamientos básicos de las comunidades. La agricultura como medio de subsistencia, el subempleo, la migración, la desnutrición, la ignorancia, la dependencia, el alcoholismo, violencia intrafamiliar, abandono, la desintegración familiar, la disfunción familiar, etc., son algunos de los matices de las áreas marginadas y constituyen el propósito del trabajo comunitario.

Por lo anterior resulta difícil que las comunidades del Estado cuenten con la suficiente información sobre temas que favorezcan su salud mental, es por esto que estas regiones se encuentran propensas a presentar problemas de tipo social y familiar, lo que perjudica su equilibrio biopsicosocial. Siendo así, una de las tareas de la Red Móvil es la de proponer medidas preventivas y educativas como: estimulación temprana, planificación familiar, adulto mayor, motivación laboral, autoestima, valores y calidad en el servicio, abuso sexual a menores, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de accidentes en el hogar. La tarea fundamental es buscar nuevas estrategias y alternativas de desarrollo con la finalidad de incidir en la problemática de las comunidades y posibilitar su desenvolvimiento.

Dentro de las acciones del psicólogo se encuentra el buscar mejorar la salud mental de la población, pero al hablar de esta nos referimos a la capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás, en el seno familiar, en la escuela, en el trabajo, así como el establecer vinculaciones afectivas adecuadas, de tolerar la frustración y adaptarse a situaciones sociales e interpersonales. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Por lo que en materia de salud mental es necesario educar, fomentar, orientar a la comunidad sobre las causas que la afectan, así como establecer un programa de prevención social, de tal forma que a través de una sociedad sana se logre un desarrollo integral tanto individual como colectivo y esta es una de las funciones del psicólogo en el área social.

Es por lo anterior que resulta indispensable capacitar a las promotoras, y trabajar con el psicólogo, con el objetivo de elevar las condiciones de vida de las regiones más marginadas, fomentando la Salud mental por lo que se propone una campaña Preventiva de Alcoholismo a Nivel comunitario, ya que este fenómeno social constituye uno de los principales problemas de salud en el Estado.

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a miles de personas en nuestro Estado, de acuerdo una encuesta realizada por la Secretaria de Salud sobre el consumo de alcohol en los Estados de la República (1995), se sabe que de la República Mexicana, Hidalgo ocupa el primer lugar en el consumo de alcohol, por lo que es considerado una de los principales causas de problemas de salud, familiares, laborales y sociales.

La mayoría de las personas saben que beber en exceso no es bueno, pero pocas veces se plantean su propia situación personal frente a la bebida. Tienden a considerar el consumo como "moderado", sin conocer los criterios científicos de la moderación, y a creer que su forma de beber es "normal", ignorando muchas veces los signos y síntomas de esta conducta adictiva. Para algunas personas el alcohol se va convirtiendo poco a poco en algo cada vez más importante en su vida, pudiendo llegar a hacerse dueño de sus acciones y pensamientos, así como a alterar de forma negativa su comportamiento.

El problema viene cuando se constata que uno no es capaz por si mismo de controlar su consumo de alcohol, cuando bebe más de lo que se propone, declara solemnemente que "Yo lo dejo cuando quiero", cuando aparecen sentimientos de culpabilidad o remordimientos tras haber bebido en exceso y las relaciones familiares o sociales se van

deteriorando, en definitiva, cuando una persona continúa bebiendo a pesar de que las consecuencias negativas de su conducta son cada vez mayores y más evidentes.

Para que una persona sea capaz de superar su dependencia del alcohol es necesario que aprenda a hacer frente a las situaciones de la vida cotidiana sin beber y sin pasarla mal por no hacerlo.

Una vez que el alcohol se convierte en un problema para una persona o una familia, lo mejor es ponerse en manos de especialistas y en grupos de apoyo que se propone se formen en las comunidades a través de la intervención de las promotoras sociales previamente capacitadas. Intentar solucionarlo con buenas palabras, con presión, con amenazas o esperando que el tiempo lo solucione, solo conduce a retrasar y agravar el caso, aumentando la frustración de la persona y la familia, la única presión positiva que se propone es aquella orientada a que el bebedor problemático se ponga en contacto con personal capacitado y competente, que labore en campo, por lo que se plantea el entrenamiento de líderes comunitarios por parte de las promotoras sociales, que permita la continuidad de los grupos de apoyo (autoayuda).

4.3. OBJETIVO GENERAL

- Se pretende capacitar a las promotoras rurales, en el Programa preventivo de Alcoholismo por medio del fortalecimiento y aprendizaje de nuevas estrategias de desarrollo comunitario, siendo estas más continuas y completas a través de la conformación de grupos de apoyo.

4.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se pretende poner en marcha el programa preventivo del alcoholismo que tiene como objetivo:

- Orientar las acciones de las promotoras a la prevención, detección, formación de líderes comunitarios y la formación de grupos de apoyo (autoayuda).
- Fomentar las actividades recreativas, la convivencia social y familiar reeducando a las familias con lo que se espera disminuir los problemas sociales y psicológicos que ocasiona este problema social.
- Realizar pláticas dirigidas tanto a padres de familia como a niños, jóvenes y enfermos alcohólicos, encaminadas a la prevención y en su caso a la integración a grupos de apoyo (autoayuda).

4.4. PROPUESTA DE INTERVENCION CONTRA EL ALCOHOLISMO

Se pretende capacitar a las promotoras sociales o rurales, orientando sus acciones a la prevención, a través de campañas dirigidas a niños, jóvenes y estudiantes de primaria, secundaria y bachillerato, coordinadas por el Psicólogo, y que están principalmente encaminadas a crear conciencia sobre los efectos familiares, sociales, etc., que traen consigo el "Ser Alcohólico"; así mismo pláticas dirigidas a padres de familia para fomentar las actividades recreativas, la convivencia social y familiar, reeducando a las familias y creando conciencia sobre el papel fundamental que tiene la familia en la prevención del alcoholismo, con lo que se espera disminuir los problemas sociales y psicológicos que ocasionan este problema social.

A la vez, se propone orientar las acciones de las promotoras a la Detección de sujetos alcohólicos mediante la aplicación de cuestionarios, posteriormente la conformación de grupos de apoyo (autoayuda), iniciando así una Terapia grupal, que se pretende sea continua mediante la formación de líderes comunitarios que se conviertan en promotores de estilos sanos de vida y en elementos claves en la prevención del uso inadecuado del alcohol. Estas campañas se llevarán a cabo durante todo el año, mediante actividades tales como:

- ⇒ Diagnóstico: Aplicación de prueba de Detección para el Alcoholismo.
- ⇒ Conformación de grupos de apoyo: Terapia de grupo con pacientes alcohólicos.
- ⇒ Pláticas a Padres de familia se intentará que en cada ocasión que visiten las promotoras las comunidades se lleven a cabo éstas, aproximadamente 1 vez al mes, en 5 comunidades.
- ⇒ Entrenamiento de líderes comunitarios, se indicarán pláticas de organización y motivación laboral y éstas se darán antes de iniciar las campañas.
- ⇒ Talleres a grupos comunitarios. Se realizarán aproximadamente 5 al mes en las comunidades visitadas.
- ⇒ Formar redes de prevención.
- ⇒ Formación de agentes de prevención, estos serán las personas previamente capacitadas para que constantemente se maneje la información requerida y solicitada por parte de la población cuando se encuentre ausente la promotora social.

Por lo anterior, se pretende que las promotoras sociales utilicen toda su experiencia y amplíen sus capacidades de intervención, dotándolas de renovados enfoques e instrumentos, a efecto de establecer nuevos vínculos con las familias y comunidades rurales, en niveles que son ya un lugar común, dados los grandes rezagos que se viven en el campo.

Para lograr poner en marcha la campaña preventiva de Alcoholismo a nivel comunitario se pretende establecer contacto con organismos oficiales y no gubernamentales y con la población del medio rural e indígena, que a través de los diversos programas, tienen contacto con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Así mismo se requiere de la coordinación Interinstitucional que consiste en establecer convenios de cooperación con diversas instituciones (INEA, IMSS, SEP, CRUZ ROJA, ALCOHOLICOS ANÓNIMOS, CONAFE, ISSSTE, SSA, ETC.) a fin de multiplicar sus esfuerzos y obtener mayores recursos, es una estrategia central que permite construir una oferta de atención integral para la población vulnerable, conjugando los recursos humanos, técnicos y materiales de diversas instituciones, por lo cual es una tarea fundamental el impulsar una serie de acciones para fortalecerla entre las que destacan las siguientes:

- Evaluar los resultados de las coordinaciones.
- Actualizar las coordinaciones y definir los procedimientos necesarios s fin de agilizar su funcionamiento.
- Diseñar mecanismos para dar seguimiento al impacto generado en el bienestar de las personas (esto se hará con ayuda de los INADES, así como demás documentación establecida dentro de la Red Móvil, que nos indiquen índices actuales de alcoholismo presentes en la comunidad).

¿Quiénes participarían?

Población infantil (pequeños desde los 4 años hasta aproximadamente los 12 años, indistintos en cuanto a sexo y escolaridad).

Población juvenil (13-21 años, indistintos en cuanto a sexo y escolaridad).

Población adulta (22-60 años, indistintos en cuanto a sexo y escolaridad).

Población anciana(60- 90 años, indistintos en cuanto a sexo y escolaridad).

4.4.1. CAMPAÑA JUVENIL

4.4.1.1. OBJETIVO

La concientización y capacitación de los jóvenes para que conozcan los riesgos del uso del alcohol y desarrollar la energía y habilidad necesaria para rechazarlas y mantenerse sin usarlas.

El lenguaje de la juventud es mejor expresado a través de los mismos jóvenes.

Se pretende a través de un energético grupo de jóvenes bien capacitados se intercambien ideas, conceptos y vivencias claves para el desarrollo de estilos de vida y para la prevención del uso de alcohol y otras drogas en la juventud. Este programa se basará en la dinámica grupal y se lleva a cabo a través de diversas actividades tales como:

Aplicación de cuestionario Juvenil (Anexo I) (población de jóvenes, indistintos en cuanto a sexo y escolaridad).

⇒ Pláticas informativas y talleres de crecimiento, realizados una vez al mes en las 5 comunidades visitadas.

⇒ Actividades recreativas, deportivas y culturales. Formación de grupos de fútbol, basketball, grupos de lectura, manualidades, talleres de carpintería, herrería, baile,

canto, música, bordados y tejidos, cocina, etc. Y esto de acuerdo a los recursos con lo que cuente cada comunidad.

- ⇒ Elaboración del periódico mural, en donde se informe de manera clara y sencilla los riesgos y consecuencias del abuso del alcohol, actualizándolo cada mes con ayuda de la promotora rural o social.

4.4.2. CAMPAÑA INFANTIL

4.4.2.1 OBJETIVO

Ofrecer una serie de actividades cuidadosas y seriamente escogidas para niños donde puedan divertirse y a la vez aprendan los elementos fundamentales de la vida sana y la convivencia. Tendrán la oportunidad de participar en actividades tales como:

- ⇒ Talleres especiales para niños.
- ⇒ Dinámicas y juegos.
- ⇒ Canciones y películas escogidas relativos al alcoholismo.

Todo esto orientado a la prevención del uso del alcohol en los niños.

Todas estas actividades están diseñadas de manera especial en las épocas de vacaciones y fines de semana, para poder facilitar la participación de los niños y la planificación del tiempo libre de parte de sus padres.

4.4.3. CAMPAÑA ESCOLAR

4.4.3.1. OBJETIVO

Las escuelas libres de problemas de alcoholismo es la meta de este programa de prevención escolar. Con la participación activa de los educadores, los padres de familia y de los mismos estudiantes se garantiza el sostenimiento de los esfuerzos preventivos.

Este programa se encuentra orientado a la formación de agentes multiplicadores en las escuelas de las comunidades, mediante la capacitación de educadores y la formación de equipos estudiantiles comisionados a la Prevención escolar. Las diversas actividades que se llevarán a cabo en este programa son las siguientes:

- Cursos de capacitación y jornadas de seguimiento a educadores, una vez al mes.
- Pláticas y cursos de capacitación dirigidos a estudiantes de nivel primaria, secundaria y bachillerato, a padres de familia y a docentes, una vez al mes.
- Formación de grupos de estudiantes comisionados para la prevención. Previamente capacitados y orientados por parte de la promotora social realizando la reunión por lo menos una vez al mes.

Las promotoras proporcionarán información al psicólogo (encargado de coordinar este programa) en relación al estudio de las comunidades y habitantes sobre los logros y

alcances de cada mes con el propósito de conocer los beneficios que han obtenido del Programa Preventivo de Alcoholismo.

Para conocer el nivel de impacto de la campaña de prevención se manejará la fase de evaluación que comprenderá lo siguiente:

- Recopilación de datos
- Codificación de datos
- Análisis de resultados
- Evaluación de impacto de la campaña a largo plazo (6 meses a 1 año aprox.).

Esto se realizará mediante las supervisiones periódicas por parte del equipo interdisciplinario en las comunidades, con el objetivo de conocer el trabajo realizado por las promotoras, pretendiendo que estas sean cada 3 meses, visitando a todas las comunidades que se encuentren siendo atendidas por la Red Móvil.

Así mismo se necesita de la coordinación Interinstitucional que consiste en establecer convenios de cooperación con diversas instituciones (INEA, IMSS, SEP, CRUZ ROJA, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, CONAFE, ISSSTE, SSA, etc.) a fin de multiplicar sus esfuerzos y obtener mayores recursos, es una estrategia central que permite construir una oferta de atención integral para la población vulnerable, conjugando los recursos humanos, técnicos y materiales de diversas instituciones, por lo cual es una tarea fundamental el impulsar una serie de acciones para fortalecerla entre las que destacan las siguientes:

- Evaluar los resultados de las coordinaciones.
- Actualizar las coordinaciones y definir los procedimientos necesarios a fin de agilizar su funcionamiento.
- Diseñar mecanismos para dar seguimiento al impacto generado en el bienestar de las personas (esto se hará con ayuda de los INADES, así como demás documentación establecida dentro de la red Móvil, que nos indiquen índices actuales de alcoholismo presentes en la comunidad).

4.5. CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

- Tipo de estudio: Aplicado, ya que está enfocada a resolver un problema por medio de la intervención.
- Ambiente (Lugar o escenario): Campo. Se trabajará en un escenario natural (comunidades rurales). Específicamente en cubículos o salones de cada una de las localidades, adecuándolos de acuerdo a las posibilidades con las que cuenten las promotoras.
- Selección de sujetos: Azaroso, en cuanto a edad y sexo, sin embargo esto se hará después de haber detectado a la población objetivo (personas alcohólicas).

4.6. PRUEBAS PARA DETECTAR EL ALCOHOLISMO

Existe "La prueba de Detección para el Alcoholismo de Michigan (MAST)". Esta consta de 10 preguntas (Anexo II).

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, J. Fernández, R. Kalina, E. (1990). La Familia del Adicto. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Barnette, M.E y E. Prieto, T. (1989). Quiero ser Libre. México: Publicaciones Karigma.
- Documento de Capacitación y Organización, DIF Nacional. (1999). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: Dirección de Capacitación y Apoyo a Programas.
- Jaffe, J. Petersen, R. Hodgson, R. (1985). Vicios y Drogas. Londres, Inglaterra: Editorial Harla.
- Journal of General Internal Medicine. (1997). Meta - Analysis of Randomized Control Trails Adressing Brief Interventions in Heavy Alcohol Drinkers.
- Kaplan, M.D. Harold, I. Sadock, M.D. Benjamin, J. (1996). Terapia de Grupo. New York: Editorial Médica Panamericana.
- Kadzin, E. A. (1998). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. Barcelona, España: Editorial El Manual Moderno.
- Kolbh. (1976). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.
- López Ibor, J.M. (1992). Psicología Práctica, Conducta y Actitud Social. Madrid, España: Espacio y Tiempo Ediciones.
- Mckeachie, J. Lackner, D.C. Essensfeld, d.b. (1978). Psicología. EEUA: Fondo Cultural Iberoamericano.
- Morris, Ch.G. (1992). Un Nuevo Enfoque. Londres Inglaterra: Editorial Prentice Hall.
- Nava, O. (1984). Conciencia de Enfermedad y Autoconcepto en el Alcohólico. México: TESSIUNAM.
- Papalia, D.E. Wendkos, O.S. (1997). Desarrollo Humano con Aportaciones para Iberoamérica. E.E.U.A: Editorial Mac Graw Hill.
- Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. Petrópolis, Río de Janeiro, Brasil: Editorial Trillas.
- Subdirección General de Asistencia y Concentración, DIF. (1998). Seguimiento y Asesoría. Dirección de Capacitación y Apoyo a Programas.

Páginas de Internet

<http://www.alcoholics-anonymous.org/sts79dl.html>

<http://www.alcoholics-anonymous.org/sss9dl.html>

<http://www.biomedicas.unam.mx/html/period97/jun5.html>

<http://www.cop.es/colegiados/gr02556/Introducción.html>

<http://www.crublap.org/html/diagnostico.html>

<http://www.crublap.org/html/comunitaria.html>

<http://www.crublap.org/html/escolar.html>

<http://www.crublap.org/html/infantil.html>

<http://www.crublap.org/html/juvenil.html>

<http://www.intersur.com/adccantu/Entendiendo.html>

<http://www.192.148.167.160/em/alcoli.html>

<http://www.192.148.167.160/en/trataleo.html>

ANEXO I

CUESTIONARIO JUVENIL

Nadie es demasiado joven (o viejo) para tener problemas con la bebida.

Es así porque el alcoholismo es una enfermedad. Puede darle a cualquiera, joven, viejo, rica, pobre, negro o blanco.

Y no importa cuanto tiempo lleves bebiendo o lo que hayas bebido. Lo que cuenta es como te afecta la bebida.

Para ayudarte a decidir si tienes problemas con tu manera de beber, se han preparado una serie de preguntas. Las respuestas, son asunto tuyo y de nadie más.

Si contestas SI a cualquiera de estas preguntas, tal vez sea el momento de echar una mirada seria a lo que te podría estar pasando con la bebida.

1. ¿Bebes porque tienes problemas? ¿Para relajarte?
2. ¿Bebes cuando te enojas con otros, con tus amigos o tus padres?
3. ¿Prefieres beber a solas, en lugar de hacerlo con otros?
4. ¿Estas empezando a bajar tus calificaciones?
5. ¿Has tratado alguna vez de dejar de beber o beber menos y fracasaste?
6. ¿Has empezado a beber por la mañana, antes de la escuela o trabajo?
7. ¿Te tragas las bebidas de un golpe?
8. ¿Has experimentado alguna vez una pérdida de memoria debido a tu forma de beber?
9. ¿Mientes acerca de tu forma de beber?
10. ¿Te has metido alguna vez en problemas cuando bebes?
11. ¿Te emborrachas cuando bebes aunque no sea esa tu intención?
12. ¿Te parece una gran hazaña poder aguantar, mucho bebiendo?

ANEXO II

“La prueba de Detección para el Alcoholismo de Michigan (MAST)”.

¿Se siente usted un bebedor de trago normal?	SI	NO
¿Piensan sus amigos o parientes que usted es un bebedor de trago normal?	SI	NO
¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?	SI	NO
¿Ha perdido alguna vez amigos o relaciones mutuas debido a la bebida de alcohol?	SI	NO
¿Se ha metido alguna vez en problemas en el trabajo debido a la bebida de alcohol?	SI	NO
¿Ha descuidado usted alguna vez sus obligaciones, su familia o su trabajo durante dos o más días consecutivos porque estaba bebiendo trago?	SI	NO
¿Ha tenido usted alguna vez delirium tremen o tembladera severa, ha oído veces o visto cosas que no existían después de haber bebido bastante?	SI	NO
¿Ha acudido usted alguna vez para recibir ayuda para dejar de tomar?	SI	NO
¿Ha estado usted alguna vez en el Hospital debido a la bebida?	SI	NO
¿Ha sido usted arriesgado alguna vez por conducir baja la influencia del alcohol o por conducir después de haber bebido alcohol?	SI	NO

Nota: Observe una puntuación arriba de 5 puntos es indicativo de alcoholismo.