



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



“ACTITUD SOCIAL HACIA EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LOS ALCOHOLICOS ESTUDIO EXPLORATORIO”

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

Antonieta Lourdes Castrejón Rubio Palacios

Jesús Edmundo Salas Muñoz



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Z5053.08
UNAM. 17
1984

M.-20285
Jpi 1097

A la maestra Ma. Asunción Valenzuela
por su asesoría y apoyo proporcionado
de manera tan desinteresada.

A la maestra Corina Cuevas por la -
asesoría proporcionada.

INDICE

I.- RESUMEN	_____	6
II.- INTRODUCCION	_____	8
CAPITULO UND.- FUNDAMENTOS GENERALES.		
1.1	El alcohol, (el alcoholismo) y los alcohólicos	20
1.1.1	Historia y definiciones (alcohol, alcoholismo, alcohólicos)	21
1.1.2	Etiología del alcoholismo	25
1.1.3	Clasificación del alcoholismo	30
1.1.4	El alcohol como elemento químico	41
1.1.5	El alcohol como droga. Efectos	44
1.1.6	El alcohólico como enfermo	47
1.2.1	Definiciones y generalidades de las actitudes	51
1.2.2	Estructura de las actitudes	53
1.2.3	Funciones de las actitudes	56
1.2.4	Diferentes métodos de medición de las actitudes	58
1.2.5	Escala de Likert	62
CAPITULO DOS.- METODOLOGIA.		
2.1	Planteamiento del problema	67
2.2	Objetivos generales y específicos	68
2.3	Hipótesis de la investigación y estadísticas	69
2.4	Definición de variables	70
2.5	Delimitación temporal y espacial	72
2.6	Muestra	72
2.7	Escenario	79
2.8	Materiales	80

2.9	Procedimiento _____	81
2.10	Criterios para la selección de declaraciones _____	83
2.11	Obtención, formulación y consistencia de la prueba _____	86
2.12	Escala definitiva _____	92
2.13	Escala de Havighurst para determinar el nivel socio-económico _____	99
2.14	Escala de clasificación para obtener los grupos muestra 1, 2 y 5 _____	103
CAPITULO TRES.- RESULTADOS Y ANALISIS _____		106
	CONCLUSIONES _____	114
	DISCUSION _____	116
	PERSPECTIVAS _____	118
	BIBLIOGRAFIA _____	120
	ANEXO 1 _____	124

I.- RESUMEN

Haciendo un poco de historia, habremos de mencionar que el interés inicial de la presente investigación, surgió de las experiencias particulares obtenidas durante casi dos años de convivir con pacientes alcohólicos.

En este tiempo pudimos darnos cuenta de lo poco frecuente que era ver que este tipo de pacientes acudieran a solicitar ayuda profesional o técnica por su propia voluntad, hecho que despertó nuestra curiosidad puesto que consideramos que si fuera posible hacer que ellos acudieran a solicitar tratamiento, existirían mayores probabilidades de proporcionarles una ayuda efectiva por el hecho de estar presente el factor motivación.

Al hacer un análisis de las posibles razones que tendrían los pacientes alcohólicos para mostrar tales actitudes supusimos la existencia de dos factores principales:

- 1.- La falta de información más amplia a nivel general sobre lo que es el alcoholismo, sus síntomas y sus consecuencias.
- 2.- La imagen tan deteriorada que proyectan los alcohólicos en sus últimas etapas despertando en la sociedad actitudes de rechazo y aversión.

Para desarrollar nuestro estudio, consideramos pertinente hacer una síntesis en el Capítulo Uno de los aspectos más sobresalientes de las variables involucradas en la investigación: el alcoholismo y las actitudes sociales, para el efecto se hizo una recopilación de los estudios que se han realizado al respecto y de los que se mencionan en la Introducción los más sobresalientes en razón de la

empatía temática.

En razón de no existir una escala que pudiera medir la actitud social hacia los tres conceptos involucrados (alcohol, alcoholismo y alcohólico) fue necesario elaborar una que tuviera consistencia interna y poder ser esta aplicada a los cinco grupos muestra que son:

- 1) alcohólicos activos.
- 2) familiares de alcohólicos activos.
- 3) miembros de los grupos A.A.
- 4) miembros de los grupos Al-Anon.
- 5) grupo control.

Una vez aplicada la escala a los diferentes grupos, se sometieron las respuestas a un análisis de varianza con el objeto de observar si había diferencias significativas en las respuestas dadas por dichos grupos.

De los resultados obtenidos por el análisis de varianza se observó que no hubo diferencias significativas entre los cinco grupos muestra ante los tres conceptos en general pero, sin embargo, ante cada uno de dichos conceptos sí se manifestó diferencias significativas unicamente ante el concepto alcohólico..

II.- INTRODUCCION

"Una de las principales dificultades en la lucha contra el alcoholismo es que este síndrome suele diagnosticarse tardíamente. El hecho obedece a que el paciente trata de eludir dicho diagnóstico y raramente solicita ayuda psiquiátrica. El problema se aclararía si el alcoholismo fuera considerado, en lugar de un estigma, una enfermedad". ①

Esta cita resume nuestra actitud respecto al problema del alcoholismo y nos ha impulsado a realizar la presente investigación, intentando principalmente estudiar la razón de la resistencia del paciente alcohólico a solicitar ayuda profesional. Al tratar de responder dicha interrogante, llegamos a la conclusión de que es la sociedad la que determina tal resistencia, que se manifiesta mediante una actitud de rechazo, resultado de la deteriorada imagen que proyectan estos pacientes, dadas las características de su enfermedad y de la ignorancia general con respecto a las particularidades de dicho padecimiento, lo que nos lleva al segundo propósito de nuestra investigación. Este consiste en evidenciar que la información con respecto a la enfermedad es sumamente deficiente en todos los sentidos y que la adecuada información respecto a este problema modificaría la actitud social negativa hacia el alcoholismo, disminuyendo de esta forma la resistencia de los pacientes a someterse a tratamiento.

Basándonos en lo anteriormente expuesto y para llevar a cabo nuestra investigación, creímos conveniente comparar la actitud de cin-

co grupos de personas involucradas en diferentes grados con el problema del alcoholismo para lo cual creamos una escala de actitud - que sirviera de instrumento para llevar a cabo dicha comparación, - siendo ésta nuestra principal aportación.

Asimismo, una vez concluida la aplicación de nuestro instrumento - de medida, los datos que arroje dicha investigación aportarán alguna información respecto a las diferencias de actitudes entre los - grupos del estudio en cuestión ante tres diferentes estímulos conceptuales: el alcohol, el alcoholismo y el alcohólico.

Diversos autores han también intentado medir actitudes, ya sea hacia el alcoholismo o hacia el alcohólico y en los últimos 13 años han surgido investigaciones realmente importantes, de las cuales - mencionaremos las que están más relacionadas con la presente investigación.

En 1969, Robert E. Morgan estudió las actitudes del personal del -- Hospital de Talmage, California, hacia los pacientes alcohólicos - mediante un cuestionario de 29 preguntas que fué administrado a 7 muestras de pacientes y personal. Los resultados indican que los pacientes que pertenecen a A.A. mostraban más alto optimismo y menos pesimismo y moralismo en comparación con la muestra no profesional quienes mostraban más alto pesimismo y moralismo, de lo que concluyó que el moralismo y el pesimismo se relacionan con la ignrancia y casualidad y que uno de los puntos determinantes de la diferencia de actitudes es la experiencia de haber trabajado con alcohólicos. ②

En mayo de 1973, Nancy J. Schmid y Donald T. Schmid compararon la actitud de un grupo de estudiantes de enfermería hacia inválidos y alcohólicos por medio de un cuestionario (ATDP) y una escala derivada, concluyendo que dichos estudiantes tienen menos aceptación hacia los alcohólicos que hacia los inválidos y estas actitudes son estables. (3)

En septiembre de 1973, Alan Krasnoff examinó las actitudes de los alcohólicos hacia el beber, al principio y al final de su participación en un programa de tratamiento como pacientes internos. Opiniones favorables y desfavorables acerca del beber fueron enlistadas por 2 ejemplos de 45 (5 mujeres) y 47 (10 mujeres) alcohólicos antes y después de haber asistido a un programa de 6 semanas de tratamiento de alcoholismo como pacientes internos. Las respuestas fueron clasificadas de acuerdo a categorías de actitudes. En ambos ejemplos enlistados hubo significativamente pocas opiniones favorables después del tratamiento que antes, pero no significativamente más opiniones desfavorables. No se encontró ninguna correlación significativa entre las calificaciones de pacientes en la escala Marlowe-Crowne y cambios en actitud, indicando que los cambios en actitud no involucra una necesidad de aceptación. Los resultados sostienen la hipótesis que las opiniones favorables del beber declinan durante el tratamiento. (4)

En diciembre de 1973, Wilma Knox midió por medio de un cuestionario las actitudes de 588 trabajadores sociales en Administración de Veteranos (282 mujeres) hacia el alcoholismo y el tratamiento de alcohólicos. El cuestionario consistió en dos secciones:

Sección A que se refirió a la definición de alcoholismo y sus causas.

Sección B que consistió en preguntas de opción múltiple.

Se permitió lugar para comentarios personales. El alcoholismo se definió como un mecanismo de escape por el 68% de los trabajadores sociales; como un síntoma complejo por el 67%; como una enfermedad por el 65%; y como un problema de conducta por el 60%. Las causas principales de alcoholismo se creyó ser el conflicto de dependencia por el 73%; dependencia excesiva por el 63%; baja tolerancia a la tensión por el 63%. La abstinencia se consideró el criterio del tratamiento con éxito por el 74%. Alcohólicos Anónimos y psicoterapia de grupo fueron los tratamientos preferidos por el 79% y 67%; la hospitalización fué apoyada aunque el 80% de los trabajadores sociales sintieron que el pronóstico era pobre. Hubo pequeñas diferencias en actitudes entre sexos o entre trabajadores sociales de hospitales o clínicas de pacientes externos. En comparación con los trabajadores sociales, pocos psiquiatras (35%) y psicólogos (34%) definieron el alcoholismo como una enfermedad. Los trabajadores sociales estaban más a favor de trabajar tiempo completo con alcohólicos (34%) que los psiquiatras (21%) y psicólogos (19%); el 25, 38 y 42% respectivamente, se opusieron al trabajo de tiempo completo. Los trabajadores sociales están más motivados para tratar alcohólicos y más consistentes en sus actitudes hacia el alcoholismo que los psicólogos o los psiquiatras. ⑤

En 1975, Keith M. Kilty presentó un estudio comparativo usando un modelo multidimensional de estructura de actitudes hacia el alcohol y alcoholismo. Para poder medir afecto y conocimiento se solí

citó respuesta a:

- 1) valor de 10 conceptos estímulos en 6-7 puntos de escalas de diferencial semántico.
- 2) respuesta a 40 opiniones o creencias reales y 5 ítems de la - conducta de beber.
- 3) respuesta a un test de conocimiento con 10 ítems de opción múltiple.

La muestra consistió en cuatro grupos:

- A. estudiantes graduados (N=119).
- B. residentes de una comunidad (N=205).
- C. grupo de entrenamiento (N=17) de trabajadores profesionales de servicio social en una agencia.
- D. grupo de entrenamiento de Marywood Coll (N=21) profesionales - de servicio social.

El análisis de respuestas sugiere que los profesionales tienden a reflejar las opiniones y el grupo de profesionales C mostraron respuestas negativas hacia los bebedores mientras que los estudiantes y el grupo D exhibieron un alto grado de aceptación hacia los alcohólicos. Si los profesionales asumen las actitudes negativas de - la comunidad, será difícil establecer programas efectivos en el - tratamiento de alcohólicos. Sin embargo, si los estudiantes man- tienen su actitud positiva como profesionales, ellos podrían cam- biar las actitudes de la comunidad. El modelo multidimensional es recomendado para estudios futuros de análisis actitudinal. (6)

En 1976, Silvia Quiroga de García hizo una investigación en la que dos grupos de niños de 13 años, representando dos niveles de sta-tus socioeconómicos (alta y baja) resolvieron unos cuestionarios -

con ítems efectivos, cognitivos y de actitudes reactivas hacia el alcohol. Se observó que los niños de más bajo status social mostraron actitudes más negativas hacia el alcohol que los niños de status social más alto cuya actitud fué más flexible; de lo que se deduce que los patrones familiares se reflejan en la conducta de los niños. Fusther estudió en esta área la temprana intervención y el desarrollo de las actitudes hacia los peligros del alcohol. ⑦

En marzo de 1976, Keith J. Rix y Margaret Buyers hicieron un estudio acerca de las actitudes públicas hacia el alcoholismo en la ciudad de Aberdeen para lo que se utilizaron 62 sujetos en los que se determinó su actitud hacia el alcoholismo mediante una entrevista cuyos resultados se compararon con los de un cuestionario de alcoholismo. Los sujetos estuvieron en desacuerdo con los expertos en la entrevista al considerar al alcoholismo como un signo de la más baja e indigna moral, sin embargo en el cuestionario sus actitudes fueron inconsistentes. Estos resultados fueron discutidos en el contexto de la cultura escocesa. ⑧

También en el año de 1976, Robert D. Sparks estudió las actitudes en el área de la medicina hacia el alcoholismo. En este estudio se discutieron los fracasos de los médicos para entender y aceptar al paciente alcohólico. Se observó que los médicos tienden a considerar que el alcoholismo y su curación son responsabilidad del paciente. ⑨

En 1977, Robert W. Hayes y Betty W. Tevis aplicaron dos cuestionarios a 405 estudiantes del 10o. y 12o. grado en la ciudad de Texas para determinar las diferencias existentes en la actitud hacia el

alcohol y hacia el comportamiento de los bebedores entre atletas y no atletas. Los no atletas fueron más frecuentemente clasificados como más bebedores que los atletas y los no atletas fueron más tolerantes hacia el uso del alcohol. Esto sugirió que el comportamiento de los adolescentes podría tener actitudes más influenciadas hacia la irresponsabilidad y el uso del alcohol ya que quienes más bebieron fueron más tolerantes hacia el uso y abuso del alcohol. (10)

En marzo de 1978, Keith M. Kilty comparó las actitudes hacia el uso del alcohol y el alcoholismo a través de tres grupos muestra:

- 1) una comunidad de 99 hombres y 104 mujeres.
- 2) una muestra de estudiantes graduados de trabajo social consistente en 66 hombres y 39 mujeres.
- 3) una muestra de 49 hombres miembros de A.A. prisioneros.

Se enfocó el estudio sobre las actitudes afectivas y cognitivas. Los resultados indican más similitud entre la comunidad y los habitantes encarcelados descartando la muestra de estudiantes. Sólo en términos de familiaridad con la bebida y respecto al tratamiento como recurso fueron los habitantes más similares a los estudiantes que a la comunidad muestra. En los diferentes sexos, las actitudes hacia el uso del alcohol fueron más consistentes hacia el alcoholismo en la comunidad muestra que en los estudiantes graduados. Sin embargo, ambos tipos de actitudes tienden a ser positivos o negativos y la familiaridad con los bebedores y el alcoholismo no fueron relacionadas con las actitudes afectivas o de cognición. (11)

En 1978, Antonio V. Lemos y Jeffrey Moran analizaron las actitudes

hacia el alcoholismo en el personal administrativo de un hospital de veteranos, inspeccionando un total de 464 sujetos entre los que se encontraron psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras registradas, enfermeras practicantes con licencia y enfermeras asistentes. Fueron aplicados 9 cuestionarios (dificultades emocionales, defectos de carácter, status social, concepción, indulgencia y adicción). Se observó que todos los grupos fueron homogéneos en sus percepciones acerca de las dificultades emocionales atribuidas al alcoholismo, los alcohólicos y los que creyeron que los alcohólicos se recobraron y pudieron ayudarse por un tratamiento. Edad, sexo y adiestramientos especiales en el tratamiento del alcoholismo no tienen una influencia significativa sobre las actitudes. Todos los grupos creyeron que los bebedores periódicos excesivos pudieran ser alcohólicos. Algunos de los grupos creen que los alcohólicos tienen un defecto de carácter. Los psicólogos no aceptaron los conceptos de enfermedad y adicción. Las enfermeras asistentes tienden a ver al alcohólico como un bebedor inofensivo. Trabajando en una unidad de tratamiento especial para alcoholismo, no se alteraron las percepciones de psiquiatras, psicólogos y enfermeras asistentes. Los trabajadores sociales y las enfermeras registradas mostraron sólo una tendencia minoritaria hacia la actitud positiva al cambio mientras dicha tendencia estuvo en oposición con la de las enfermeras practicantes con licencia. (12)

En 1979, Richard L. Gorsuch y David H. Arno estudiaron el desarrollo de las actitudes hacia el consumo moderado de alcohol y hacia el abuso del mismo con relación a los valores contenidos y a los valores estructurados. Se llevaron a cabo dos estudios con 747 n

ños de 40. y 50. grado de educación. Se observó en ellos una acti tud negativa hacia el abuso del alcohol, la que fué relacionada de finitivamente con las medidas generales de la internacionalización de aquellos valores necesarios en cualquier humano. También se re lacionó con el rechazo de los actos considerados generalmente ma- los en la cultura americana. Las actitudes hacia el uso casual - del alcohol fueron igualmente relacionados pero no tan estrechamen- te. De cualquier manera, las actitudes hacia el alcohol no se re- lacionaron con el desarrollo de la moral u otros procesos del pen- samiento. Se anotaron, sin embargo, algunos cambios de actitud - con respecto a edad y sexo. Se concluye que los programas de - - - orientación hacia la prevención del alcoholismo o del abuso del al cohool pueden necesitar la comunicación de normas y valores de la - sociedad, además de que pueden chocar con las actitudes del uso mo derado del alcohol. (13)

Por último, en 1981, Elizabeth M. Suval requirió de 44 jueces que dictaban encarcelamiento a enfermos mentales hospitalizados o suje- tos briagos, y 58 abogados que representaban a los sujetos, para - expresar acuerdos o desacuerdos con un número de declaraciones de tipo Likert referentes a la embriaguez y enfermedades mentales, y fueron interrogados en sus opiniones sobre varios casos médicos y legales. Tanto jueces como abogados demostraron cierta actitud fa vorable hacia el alcohólico pero se mostraron más severos en sus - afirmaciones en los casos de enfermos mentales que en los de em- - briaguez. Las personas que estaban menos favorablemente dispues- tas hacia el alcoholismo estaban así mismo menos inclinadas a con- siderar el encarcelamiento como problema médico. En congruencia -

con sus roles de defensores, los abogados expresaron una actitud más favorable que los jueces hacia ambos, el briago y el enfermo mental. Los jueces y los abogados del hospital mental del estado de Carolina del Norte, se mostraron en las audiencias más a favor de los alcohólicos y consideraron el alcoholismo más similar a una enfermedad mental que los jueces y abogados en las audiencias de la Corte. (14)

Puede observarse en las citas anteriores la diversidad de actitudes con respecto a los alcohólicos, a la enfermedad del alcoholismo y al alcohol emitida por una serie de personas involucradas en distintos grados hacia los tres conceptos anteriores. En la presente investigación se intentó evaluar también las actitudes de cinco grupos relacionados de manera muy diferente hacia los tres conceptos en general y hacia cada uno de ellos, o sea, individualmente para determinar si estas actitudes son determinantes para que el enfermo alcohólico no se considere como tal y, por lo tanto, no acepte someterse a un tratamiento terapéutico.

De la misma manera se puede observar la información que tienen los cinco grupos con respecto al alcoholismo pues suponemos que la sociedad en general no está lo suficientemente informada y es debido a esto que su actitud hacia el enfermo alcohólico es negativa.

CITAS DE LA INTRODUCCION

- ① Revista MD en Español. "El alcoholismo: problema social". México D.F., Vol. X, No. 1, enero 1972, p. 14.
- ② Morgan, Robert E. "Staff attitudes toward the alcoholic patient" (Mendocino State Hosp., Talmage, Calif.). Archives of General - Psychiatry, 1969, Vol. 21 (4), Vol. No. 44, Abstract No. 08787, p.p. 449-454.
- ③ Schmid, Nancy J.; Schmid, Donald T. "Nursing student's attitudes toward alcoholics". (St. Lawrence State Hosp., Outreach Community Center, Plattsburgh, N.Y.). Nursing Research, May, 1973, Vol. 22 (3), Vol. No. 52, Abstract No. 07981, p.p. 246-248.
- ④ Krasnoff, Alan. "Self-reported attitudes toward drinking among alcoholics before and after treatment". (U. Missouri, St. Louis 63121). Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Sep., 1973, - Vol. 34 (3), Part A, p.p. 947-950.
- ⑤ Knox, Wilma J. "Attitudes of social workers and other professional groups toward alcoholism". (Veterans Administration Center, Biloxi MS 39531). Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Dec., 1973, Vol. 34 (4), Part A, p.p. 1270-1278.
- ⑥ Kilty, Keith M. "Attitudes toward alcohol and alcoholism among professionals and nonprofessionals". (Marywood Coll., Scranton PA 18509; Rutgers University, New Brunswick NJ 08903). Journal of Studies on Alcohol, Mar., 1975, Vol. 36 (3), p.p. 327-347.
- ⑦ Quiroga de García, Silvia. "Attitudes towards alcohol in two groups of 13-yr-old children". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Dec., 1976, Vol. 22 (4), Vol. No. 63, Abstract No. 03220, p.p. 295-301.
- ⑧ Rix, Keith J.; Buyers, Margaret. "Public attitudes toward alcoholism in a scottish city". (Marischal Coll., Aberdeen, Scotland). British Journal of Addiction, Mar., 1976, Vol. 71 (1), - Vol. No. 57, Abstract No. 01129, p.p. 23-29.
- ⑨ Sparks, Robert D. "Attitudes in Medicine toward alcoholism". - (U. Nebraska Medical Ctr., Omaha). Man & Medicine, Win., 1976, Vol. 1 (2), Vol. No. 63, Abstract No. 01883, p.p. 173-180.

- ⑩ Hayes, Robert W.; Tevis, Betty W. "A comparison of attitudes - and behavior of high school athletes and non-athletes with respect to alcohol use and abuse". (Texas Tech. U.). Journal of - Alcohol & Drug Education, Fal., 1977, Vol. 23 (1), Vol. No. 61, Abstract No. 10880, p.p. 20-28.
- ⑪ Kilty, Keith M. "Some effects of type of group and sex on attitudes toward alcohol and alcoholism". (Marywood Coll., Graduate School of Social Work). British Journal of Addiction, Mar., 1978, Vol. 73 (1), Vol. No. 62, Abstract No. 05946, p.p. 11-17.
- ⑫ Lemos, Antonio V.; Moran, Jeffrey. "Veterans administration - hospital staff attitudes toward alcoholism". (Menninger Foundation, Topeka, KS). Drug & Alcohol Dependence, Mar., 1978, Vol. 3 (2), Vol. No. 61, Abstract No. 06872, p.p. 77-83.
- ⑬ Gorsuch, Richard L.; Arno, David M. "The relationship of children's attitudes toward alcohol to their value development". - (U. Texas Graduate School of Social Work, Arlington). Journal of Abnormal Child Psychology, Sep., 1979, Vol. 7 (3), Vol. No. 64, Abstract No. 12317, p.p. 287-295.
- ⑭ Suval, Elizabeth M. "Attitudes toward alcoholism among legal - professionals". (North Carolina State U., Raleigh 27650). - - Series: SSSP, 1981, p. 1752.

CAPITULO UNO.- FUNDAMENTOS GENERALES.

1.1 EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LOS ALCOHOLICOS.

Aún cuando los tres conceptos que nos ocupan se encuentran íntimamente relacionados entre sí, su significado difiere ampliamente y por lo mismo, la actitud que las personas pudieran tener hacia ellos puede no coincidir o incluso llegar a ser contradictoria, ya que un individuo pudiera mostrar una actitud positiva hacia el alcohol como elemento químico y una actitud negativa hacia el alcoholismo, producto de la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas. Por tal motivo hemos considerado prudente delimitar el alcance de cada uno de estos conceptos hacia los cuales se hará la evaluación de la actitud social. De esta manera, entenderemos que el alcohol es el compuesto químico derivado de los hidrocarburos, utilizado como elemento esencial en la producción de bebidas embriagantes.

El alcoholismo, de acuerdo con la definición del Dr. Mark Keller, "es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (15)

Por último, los alcohólicos serían, de acuerdo con lo anteriormente expresado, los enfermos que padecen la enfermedad del alcoholismo o se encuentran en los pródromos de la misma.

1.1.1 HISTORIA Y DEFINICIONES (ALCOHOL, ALCOHOLISMO, ALCOHOLICOS).

El origen del alcoholismo como un problema, seguramente se encuentra perdido en la prehistoria del hombre. Las bebidas alcohólicas pudieron haber sido descubiertas por el ser humano incluso por accidente, tal vez en estadios culturales previos a la agricultura, cuando además de cazador y pescador, ocasionalmente recolectaba frutos.

"El primer ser humano que probó los fermentos de frutos, debió gustar tremendamente de sus efectos orgánicos, lo dió a conocer a sus congéneres hasta hacerlo popular para posteriormente proceder a producirlos con premeditación; consiguió las materias primas, las expuso a la acción de las bacterias y obtuvo el producto. Al hacerse agricultor, cultivó exprofeso las materias primas para obtener de ellas sustancias alcoholizantes. Cultivó y cosechó los frutos para fermentar alcoholes y obtener bebidas de este tipo. El hábito se hizo costumbre y la costumbre tradición y ésta a su vez un hecho sociocultural que forma parte de la misma comunidad humana de una manera indisoluble, pues en el desarrollo de su civilización la ha acompañado el desarrollo y refinamiento de las bebidas alcohólicas, incluso como un determinado y específico proceso preliminar a la masticación y salivación de los alimentos". (16)

Con el tiempo el hombre ha multiplicado y proliferado los usos y las costumbres alcoholizantes incluso más intensa y rápidamente que sus propios logros en el campo de la alimentación. Es decir, aprendió a embriagarse antes de saber comer y a refinar sus hábitos alcoholizantes antes que los nutritivos. Hizo del beber alco-

hol un hecho ritual y ceremonial, un protocolo sociocultural, de allí su uso en todo tipo de ceremonias: nacimientos, iniciaciones, matrimonios, fallecimientos, celebraciones, cónclaves, simposios, coronaciones, misas, etc.

"En la medida en la que se fué acentuando el uso y el abuso del alcohol, así también en todas las épocas se ha tratado de frenar sus excesos. La literatura egipcia, sumeria, caldea, babilónica, persa, griega, romana y luego la cristiana, insiste de un modo enfático tanto en legitimar el uso del alcohol como en condenar sus excesos: El Corán (S. VII) prohíbe el uso del alcohol con cualquier motivo. La reforma protestante del S. XV en Europa Occidental también lo condenó drásticamente. En los E.E.U.U. se conoció en la primera mitad del S. XX una severísima legislación prohibitiva y condenatoria del alcohol en la llamada época de la ley seca". (17)

En la actualidad, junto con el enorme desarrollo en los medios masivos de comunicación, se ha manifestado un recrudecimiento del problema que causa enormes estragos en la población mundial en su salud y su economía, provocando a su vez innumerables problemas de índole familiar, laboral y en general social.

En 1950 por primera vez se dió a conocer un estudio serio del problema por parte de la Organización Mundial de la Salud. Lo que ha provocado y promovido la posterior reacción positiva de los estudiosos de la salud que se han avocado cada día con más entusiasmo y con mejores logros a la solución de problemas tan graves como el que nos ocupa.

A continuación haremos mención de las definiciones más representa-

tivas que se han hecho del alcoholismo, ante la imposibilidad de -
mencionarlas todas por su elevado número y diferentes puntos de -
vista.

D.M.S. (1950)

(1951)

"El alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales - propios de la comunidad considerada, cualesquiera que sean los factores etiológicos - responsables, y cualquiera que sea el origen de dichos factores, como la herencia, - la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas". (18)

D.M.S. (1952)

"Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, - así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien, - que ya presenten los pródromos de tales manifestaciones". (19)

Dr. Mark Keller.

Centro de Estudios
sobre el Alcohol.
Universidad de Rutgers.
(1958).

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, - un desorden de la conducta, caracterizado - por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (20)

Esta última definición contiene los siguientes elementos que la hacen más completa:

- 1) Señala que el alcoholismo es una enfermedad.
- 2) Distingue claramente al alcoholismo de la intoxicación alcohólica aguda, al establecer la cronicidad como aspecto básico.
- 3) Implica que la característica esencial es la ingestión excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general (dependencia).
- 4) Señala que la existencia de un daño físico o mental es una condición para poder llamar alcohólico a un individuo.

1.1.2 ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO.

"Para mejor comprensión del alcoholismo y de los problemas a él - asociados, es necesario hacer énfasis en que la mayoría de las autoridades en la materia coinciden en afirmar que no existe una - - etiología o causa simple, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, que originen y - desarrollan esta grave farmacodependencia". (21)

De acuerdo con lo antes mencionado, existen tres tipos de factores que intervienen en el proceso de la alcoholización de los individuos; sin embargo, debe quedar claro que aunque se mencionan estos factores por separado, se sobreentiende que siempre actúen conjuntamente y que es necesaria la concomitancia de todos los factores para que el problema adquiera relevancia.

Factores Fisiológicos:

a) Teorías Genéticas.- En este campo se han realizado innumerables investigaciones de las que podemos mencionar (Partamen, - Bruun y Mark Kanen, 1966; Jellinek, 1945; Amark, 1951), de las que en general se han concluido que existen algunas evidencias de que el alcoholismo está en cierta medida determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico (Roe, 1945). Por otra parte, no hay acuerdos sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y predomina la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral.

b) Teoría de la Alergia.- Esta teoría que no es nueva, en la ac-

tualidad se encuentra prácticamente abandonada, después de investigaciones hechas al respecto, con resultados negativos - - (Haggard, 1947).

Postula la presencia de un factor humoral específico que sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas.

- c) Teoría Genetotrófica.- (Williams, 1959) Sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimenticios; - la deficiencia nutricional que resulta, provoca una serie de - "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la - primera ingestión desencadena un deseo incontenible cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica.

Esta teoría, aunque atractiva, no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica, ni como tratamiento del alcoholismo (Jackson y col., 1951). En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los - alcohólicos, se explican mejor como consecuencias y no como - causas de la enfermedad (Mendelson, 1964).

- d) Teoría de Davis y Walsh, (1970).- De acuerdo con esta teoría, - se supone que existe en los alcohólicos un defecto en el metabolismo del acetaldeído (sustancia que constituye el primer paso de la cadena metabólica del alcohol), lo que daría por resultado la producción de ciertos compuestos en el organismo - que son precursores de los alcaloides opiáceos; pareciendo entonces que el organismo produce sus propias sustancias adictivas, y que existirían bases fisiológicas comunes a todas las -

formas de farmacodependencia. Pero la verdad es que no se ha llegado a conclusiones definitivas (Rodgers, 1966).

En conclusión, podemos afirmar que los cambios orgánicos y las alteraciones del S.N.C. que definen la dependencia al alcohol, son - hasta ahora asuntos no bien conocidos que permanecen sujetos a nuevas investigaciones científicas. (22)

Factores Psicológicos:

Al igual que en los factores fisiológicos, al revisar las explicaciones psicológicas, encontramos una gran cantidad de hipótesis - que a menudo son divergentes y aún contradictorias. En 1949, el Dr. P. Desclaux y otros autores hicieron al respecto una revisión de este tema concluyendo que "no existe una personalidad alcohólica definida ni rasgos que puedan explicar el origen o la evolución del alcoholismo; nada de lo que se ha argumentado al respecto ofrece seguridades para diagnosticar el "potencial patogénico" de los individuos". (23)

Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden al describir como las principales características de personalidad de los sujetos alcohólicos, las siguientes: son personas neuróticas, deprimidas, hostiles, con dificultades para relacionarse adecuadamente con las demás personas y cuando lo hacen, su relación es inmadura y dependiente; manejan inadecuadamente sus frustraciones, tienen sentimientos de perversidad y de indignidad, tendiendo asimismo como común denominador con los toxicómanos la psicopatía por su inmadurez, y la exigencia de la "satisfacción instantánea" de sus necesidades; carecen de escrúpulos o frenos morales y abusan de los -

* Sistema Nervioso Central.

sentimientos de los demás (D.H.E.W., 1974).

Al respecto se puede concluir que existen muchos tipos diferentes de individuos alcohólicos, cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente y cuya iniciación en el consumo del alcohol (u otra droga), lo mismo que su necesidad de tratamiento, también son muy diferentes. (24)

Factores Sociales y Culturales:

"La decisión de beber es resultado de una interacción compleja entre el bebedor y su medio social. Algunas investigaciones han demostrado con toda claridad que la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas es influida fuertemente por factores tales como sexo, grupo étnico, ocupación, lugar de origen, así como el precio y la facilidad para conseguir la bebida.

Una enorme proporción de grandes bebedores viven en países que producen bebidas alcohólicas y vino, tal vez porque ellos pueden conseguir más fácilmente la bebida y ésta ha llegado a formar parte importante de su vida cotidiana.

La actitud permisiva que suele haber hacia la ingestión de bebidas alcohólicas, influye en los hábitos étlicos de las personas y en las normas sociales que establecen las autoridades". (25)

En base a una investigación realizada por el Dr. Bales en 1946, se concluyó que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como reductor de tales tensiones, es

una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. (26)

Del mismo modo encontramos que el famoso psicoanalista Erich Fromm en su libro "Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea", examina los conflictos recurrentes entre la naturaleza humana y la sociedad, así como las consecuencias de esos conflictos (entre los que se podría contar precisamente el alcoholismo). En él concluye que la sociedad capitalista contemporánea padece cierto tipo de enfermedad colectiva, al hacer consumo exagerado de elementos materiales que no constituyen verdaderas necesidades, pues "una sociedad sana es la que corresponde a las necesidades del hombre, no precisamente a lo que él cree que son sus necesidades, porque hasta los objetivos más patológicos pueden ser sentidos subjetivamente como lo más necesario para el individuo; sino a lo que objetivamente son sus necesidades, tal como pueden descubrirse en un profundo estudio del hombre". (27)

Como ha sido posible observar, los factores socioculturales se encuentran enormemente relacionados con el problema que nos ocupa, - desde luego sin restar importancia a los anteriormente señalados, - pues ningún esfuerzo preventivo o terapéutico serio podría dejarlos de lado en un programa integral.

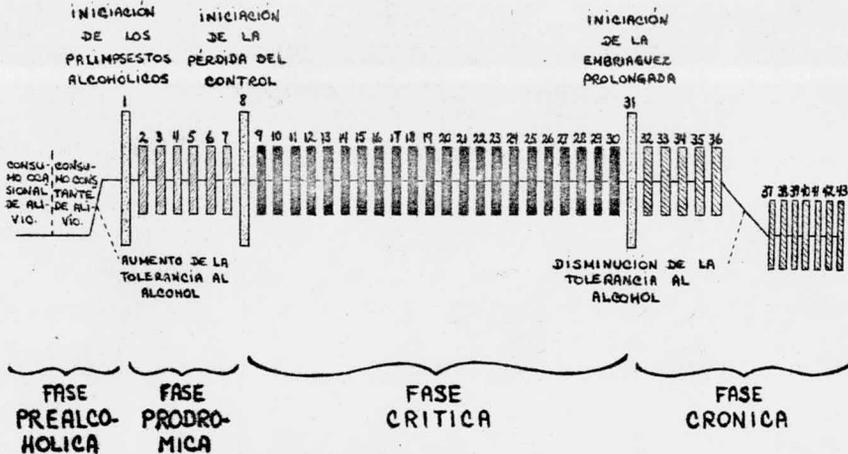
1.1.3 CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO.

Así como hay diferentes definiciones del alcoholismo, existen diversas clasificaciones, de las cuales expondremos dos de ellas. La primera es la de uso tradicional y cuyas bases se asientan en la reunión de la O.M.S. de 1952:

- 1) Abstemio.- Nula ingestión o ingestión de una cantidad moderada de bebidas alcohólicas en situaciones excepcionales, no más de 5 veces al año, sin llegar en ningún caso a la embriaguez estado en el cual los órganos de los sentidos y las capacidades motoras se encuentran totalmente perturbadas como consecuencia de la excesiva ingestión de bebidas alcohólicas).
- 2) Tomador moderado o alcoholismo social.- Constituye el hábito de consumir menos de 100 mililitros de alcohol en un día, alcanzando menos de 12 estados de embriaguez al año.
- 3) Tomador intenso no habitual.- Comprende a los individuos que acostumbra ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de 3 días a la semana, y en cantidad mayor de 100 mililitros de alcohol absoluto cada vez. Esto es, el equivalente a más de un litro de vino de mesa o más de un cuarto de litro de licor espirituoso, en un lapso menor de 24 horas, representando en total 12 o más estados de embriaguez completa en un año.
- 4) Tomador intenso habitual, alcoholismo agudo o alcoholomanía.- Estado permanente y progresivo del deseo imperioso de ingerir bebidas alcohólicas, incapacidad total de abstenerse de hacerlo una vez que ha empezado, pérdida de control.

5) Alcoholismo crónico.- Incapacidad para abstenerse de beber, - se presentan trastornos orgánicos o de conducta (mentales). Se presenta el síndrome de abstinencia. Grave deterioro en las - relaciones interpersonales y en la capacidad de trabajo. (28)

La siguiente clasificación del alcoholismo es la referente a la tabla de alcoholomanía del Dr. Jellinek, quien describe en 45 etapas la evolución de una persona alcohólica, desde que se inicia como - un bebedor ocasional de alcohol, hasta que pierde la vida por esta causa.



El alcoholismo puede dividirse para su estudio en cuatro grandes -
fases:

- A.- Fase Pre-Alcohólica.
- B.- Fase Prodrómica.
- C.- Fase Crítica.
- D.- Fase Crónica.

Cada una de estas fases está subdividida en subfases, que totali-
zan 45 barras, como puede observarse en la gráfica anterior.

A.- FASE PRE-ALCOHOLICA.

Cuando el individuo se inicia en la ingestión de alcohol no sabe, -
ni él mismo, que será alcohólico. El primer contacto del futuro -
enfermo con el alcohol es el consumo ocasional de alivio, o sea, -
una afición en que indirectamente se considera a las bebidas em- -
briagantes como una droga tranquilizadora. Sin embargo, al uso -
constante de alcohol va modificando el metabolismo químico del or-
genismo y sube la tolerancia para el mismo, o sea, que el bebedor
cada día acepta mayores cantidades de licor y siente el mismo efec-
to que tiempo atrás le hacía una sola copita.

B.- FASE PRODROMICA.

Esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera
alcohólica.

1. Palimpsestos alcohólicos: esta expresión viene de "palimpsestos"
antiguos escritos romanos un tanto borrosos; con ella se pretende
establecer una relación con la mente del alcohólico, quien después
de una borrachera no puede reconstruir exactamente qué es lo que -
ha sucedido, apareciendo lagunas mentales imposibles de recons-
truir. Estos palimpsestos son debidos a que el alcohol circula en

el torrente sanguíneo produciendo una disminución en el oxígeno de la sangre, la cual, va al cerebro, y esta deficiencia momentánea ataca principalmente la corteza cerebral y la priva de alimentación, principalmente en el lóbulo frontal; esto significa que el funcionamiento consciente sufre una interrupción mientras dure la falta de oxígeno, la cual, puede ser de pocos segundos, horas o días, según la gravedad del caso. Cuando los palimpsestos son frecuentes y de gran duración, producen deterioros irreparables en el tejido nervioso.

2. El consumo subreptico: el alcohólico trata de ocultar al principio de su carrera, ante las demás personas, que él bebe más de lo normal. Se siente diferente a los otros debido a que el alcohol empieza a serle un artículo de primera necesidad, se alarma de la demanda alcohólica que le hace su organismo.

3. La preocupación por el alcohol: piensa constantemente en las reuniones a las que está invitado y en las bebidas que ingerirá en ellas.

4. El consumo ávido: la sed por el alcohol va aumentando y se le hace imperativo tomar de un solo trago la primera copa servida para que despierte el calor físico y el termómetro emocional de la alegría. Después de este consumo ávido puede disminuir el tamaño de los "tragos", pero se mantiene con el deseo de ingerir más.

5. Sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor: se comienza a dar cuenta vagamente de que bebe más de lo corriente y que su vida moral ante sus propios ojos está bajando de precio; observa los primeros desarreglos de su hogar y el resultado problemático de las primeras faltas cometidas, todo ello ahonda en su psiquismo y empieza a sentirse culpable, con pena y molestia interna.

Todos estos estados los ahoga con alcohol.

6. Evita toda referencia al alcohol: no le parece que le llaman "borracho", "alcohólico", etc. porque lo toma como insulto. Si en las pláticas cotidianas se refieren a la conducta desordenada de los alcohólicos en general, piensa que lo hacen por referirse a él de una manera indirecta. No acepta que tiene problemas con la bebida sino que se comporta como cualquier "bebedor social".

7. Frecuencia de los palimpsestos alcohólicos: al final de la fase prodrómica se advierte una frecuencia mayor de "lagunas mentales" pues el alcohol empieza a deteriorar de manera apreciable el sistema nervioso. En la fase prodrómica la compulsión aún no se ha desarrollado mucho y es factible que el enfermo pueda ser encausado a través de una campaña preventiva contra el alcoholismo.

C.- FASE CRITICA.

En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente dicha, en la cual, una vez que cae el alcohólico, sigue su curso hasta llegar a su destrucción.

8. Pérdida de control: una vez que el alcohólico bebe una pequeña cantidad de alcohol, se despierta en él una apremiante necesidad de beber, la cual no termina hasta que no está totalmente embriagado. Se preocupa por haber perdido definitivamente la "fuerza de voluntad", después de haber intentado una serie interminable de pruebas que siempre terminan en una total embriaguez.

9. Razona su comportamiento de bebedor: racionalizar quiere decir convertir los pretextos en razones y todo bebedor trata de encontrar razones para justificar cada una de sus recaídas en el alcohol.

10. Presiones sociales: su conducta ya es objeto de recriminaciones en el hogar, de recomendaciones por parte de sus amigos y advertencias de sus jefes y empleados; por dicho acosamiento que - - siente del medio social, acentúa su "racionalización conductual" - poniendo toda clase de excusas y tratando de sacar a flote su personalidad.

11. Ilusión de grandeza: se empieza a dar cuenta que ya es menos apreciado y todas las actitudes negativas de los demás lo hacen - adoptar un mecanismo compensatorio que consiste en una actitud fanfarrona respecto a sus posibilidades sociales y económicas, así como de la capacidad en su profesión u oficio.

12. Conducta marcadamente hostil: sus razonamientos lo inducen a pensar que el resultado de su conducta no es culpa de él sino de - los demás y ello lo hace alejarse paulatinamente del medio social donde se desenvolvía y a presentar como defensa a su personalidad en peligro una conducta agresiva, la cual puede ser de desprecio o agresión directa, según sea el tipo temperamental del alcohólico.

13. Remordimiento persistente: se da cuenta que su conducta ha - cambiado en comparación con el pasado y que su potencial energético, físico y mental va en bancarrota hacia la disipación y el desperdicio; esto lo reconoce solamente él y le produce un "remordimiento persistente", el cual lo hace reflexionar positivamente, haciendo probablemente su último examen de conciencia.

14. Período de abstinencia total: el remordimiento y las presiones sociales lo hacen reaccionar diciendo que va a demostrar que - tiene "fuerza de voluntad", y deja de beber durante cortos o largos períodos, pero tarde o temprano vuelve a caer en manos del alcohol.

15. Modifica sus hábitos de beber: se da cuenta que es imposible prescindir del alcohol y empieza a formarse la idea de que su fracaso en la bebida se debe a que no ha usado los licores adecuados, después cree que es la hora la culpable de no poder controlarse, - las comidas, etc.

16. Abandono de amistades: su esfuerzo por dominar el hábito del alcohol aumenta su agresividad y sus amigos rehuyen su presencia.

17. Dejar empleos: el alcohólico se da cuenta que su manera de beber afecta sus actividades cuando sus jefes casi lo obligan a renunciar por sus irresponsabilidades en el trabajo, posiblemente es hasta despedido de su cargo sin consideración alguna. Estas experiencias le crean más sentimientos de "minusvalía" que lo incitan más a la bebida.

18. Subordinación completa al alcohol: llega el momento de concebir que la vida es imposible sin el alcohol y se establece una completa dependencia psicossomática.

19. Apatía hacia otros intereses exteriores: renuncia a actividades culturales, deportivas, etc. por pensar que estas le quitan el tiempo para poder dedicarse a beber.

20. Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales: establece casi un divorcio con la sociedad de personas "normales" pues considera a la gente como elemento de choque a la satisfacción de sus tendencias alcohólicas, se siente criticado y amonestado y se torna un individuo hosco y huraño.

21. Marcada conmiseración de sí mismo: llega a sentir lástima de sí mismo por tanto sufrir frustraciones y hostilidades del medio - ambiente; vive en un constante lamento que lo hace desembocar en - el alcohol, el cual libera sus inhibiciones manifestándose el llan

to que en estado de abstinencia no se produciría.

22. Proyectos de fuga o de realización: se piensa que por cambiar de departamento o de país se solucionarán sus problemas, pero tarde o temprano lo insidioso de su enfermedad lo hará recaer y recuperará el desprestigio que, según él, había dejado enterrado.

23. Cambio en las costumbres familiares: debido al bochorno y vergüenza que siente la familia de tener a un "vicioso", se alejan de su círculo social.

24. Resentimientos irrazonables: la conmiseración de sí mismo - - avanza hasta convertirse en resentimiento que sería la "cúspide de la enfermedad moral". A estas alturas presenta complejos y una - conciencia derrotista que lo hacen aparecer como un real desecho - físico, mental y espiritual.

25. Protección de su abastecimiento: esconde provisiones de licor en los lugares menos esperados.

26. Descuido de la alimentación: el consumo constante del alcohol va produciendo una irritación de las paredes gástricas, lo que con el tiempo trae la falta de apetito; el organismo se va minando iniciándose la época de enfermedades graves.

27. Primera hospitalización: debido al constante consumo de alcohol, el enfermo puede llegar a requerir los auxilios del médico. - El motivo de esta hospitalización puede incluir desde la simple intoxicación hasta la más grave de las enfermedades físicas o mentales desencadenadas por el alcohol. Estos tratamientos se hacen necesarios con mayor regularidad.

28. Disminución del impulso sexual: uno de los primeros síntomas de debilidad orgánica es la disminución del impulso sexual; el alcohol produce una acción destructora sobre las células germinales

y en muchos casos se ha producido la esterilidad.

29. Celos de los alcohólicos: la impotencia sexual y la desaveniencia en el hogar predisponen al enfermo a creer que su compañera le está siendo infiel, desencadenando celos infundados, los cuales se apoderan de su mente como idea obsesiva, bebe más y dificulta aún más el buen entendimiento entre ambos.

30. Bebida regular matutina: el terrible estado de ansiedad, el malestar físico, los calambres y la inseguridad psíquica hacen imposible que el alcohólico empiece el día sin el auxilio de la primera copa al levantarse.

D.- FASE CRONICA.

Es la fase bebedora continua, en la que el enfermo no puede interrumpir la carrera por su propia inercia.

31. Período de embriaguez prolongada: la ingestión constante de alcohol debilita su capacidad física y de una vez por todas se encuentra bebiendo sin interrupción. Existe un divorcio completo con la sociedad que, desde luego, le hace buscar más el alcohol para mitigar su miseria física, mental, social y espiritual.

32. Deterioro ético marcado: las experiencias han derrumbado su moral de tal forma que lo hacen olvidar todo y andar por el mundo exhibiendo su miseria. En algunos casos ya no le importan los medios para agenciarse dinero para consumir alcohol, lo que le interesa es embriagarse. Ya no desea incorporarse a la vida social.

33. Disminución de las capacidades mentales: el excesivo uso del alcohol durante largos años ha producido estados constantes de intoxicación en el cerebro; las neuronas mueren por millares y así es como el cerebro del alcohólico se va deteriorando. Su concentración, atención, memoria, juicio y raciocinio disminuyen.

34. Psicosis alcohólicas: significa desorden mental en grado extremo o patológico; prácticamente es un divorcio completo con la realidad ambiente, el pensamiento y la acción pierden su hilo normal y se desarrollan hacia algún cuadro clínico establecido de acuerdo con el tipo de psicosis. En esta etapa puede presentarse el delirium tremens, psicosis de Korsakoff, alucinosis aguda, paranoia alcohólica, psicosis depresiva, pseudoparálisis alcohólica, psicosis delirante crónica, etc.

35. Bebe con personas socialmente inferiores: con el afán de sentirse siempre "superior" busca la compañía de personas que han caído totalmente en el fango moral y material. Esta sub-fase puede complicar su alcoholismo contrayendo hábitos peores que el del alcohol y llegando a degeneraciones y perversiones inigualables.

36. Consumo de productos industriales: esas mismas compañías lo inducen a beber sustancias que no son preparadas especialmente para beber, sino son productos como el bario o el alcohol metílico (de quemar) y, desde luego, tienen un grado de toxicidad mortal.

37. Disminución de la tolerancia al alcohol: el organismo se va minando y ahora el enfermo se embriaga y llega a la impotencia física y mental con poco alcohol que consume.

38. Temores indefinibles: su vida psíquica está totalmente enferma y destruída, ahora aparecen fobias por motivos irreales, casi siempre alucinatorios u originados en las "ideas delirantes" propias de su "delirio de persecución" social.

39. Temblores persistentes: en su camino hacia la muerte, el sistema nervioso del alcohólico depende del veneno que bebe; cuando le falta, lo pide a gritos por miedo a los temblores persistentes, los cuales anatómicamente se deben a que los nervios pierden su ca

pa de mielina, aparecen calambres y todo este infierno personal no se calma sin auxilio del alcohol.

40. Inhibición psicomotora: el funcionamiento del sistema nervioso va decayendo; ya sea por causas emocionales o físicas, se van creando centros de irradiación inhibitoria en la corteza cerebral; el alcohólico no puede abotonarse porque sus movimientos son incoordinados y su voluntad no es obedecida por los nervios y mucho menos por los músculos, que se encuentran embotados.

41. La ingestión del alcohol toma un carácter obsesivo: el alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo, de suerte que su ingestión tiene que ser constante.

42. Vagas aspiraciones religiosas: el 50% de los casos desarrolla un vago sentimiento religioso, cambian de religión o visitan su iglesia con el propósito de encontrar un "oasis" espiritual a su alma enferma.

43. Todo el sistema racionalista se quebranta: llega el momento en que sus razonamientos o pretextos son objeto de pruebas tan duras con la realidad que el mismo enfermo comprende su triste estado y se encuentre en un "callejón sin salida".

44. Hospitalización definitiva: si tiene la fortuna de ser aceptado en un hospital, allí pasará sus últimos días, mueren abandonados de la sociedad y totalmente desprestigiados.

45. Pérdida de la vida: finalmente, el alcohólico le espera la muerte, ya sea en un hospital de enfermedades comunes, en un hospital de enfermedades mentales, etc. (29)

1.1.4 EL ALCOHOL COMO ELEMENTO QUIMICO.

Los alcoholes son compuestos derivados de hidrocarburos en los que uno o varios hidroxilos reemplazan a otros tantos átomos de hidrógeno, ligados a un carbono saturado. Así, por ejemplo, el metano CH_4 , al perder un átomo H y ganar un grupo OH se transforma en metanol CH_3OH , o sea, en alcohol metílico, alcohol de madera o espíritu de madera que se obtiene atacando la viruta de la madera y destilando el líquido que rezuma por efecto del calor. (30)

Por otra parte, al ingerir estas sustancias, el etanol se diluye en proporciones que van de acuerdo con el contenido de agua del organismo humano, de tal manera que influye mucho la cantidad de agua que exista en el cerebro, en el corazón, en los pulmones, en el estómago, en el hígado y la proporción de agua y de sangre que se encuentre en los tejidos celulares en su conjunto, incluyendo a los musculares. (31)

Entre los alcoholes más utilizados se encuentran:

- 1) Etílico.- el cual es derivado de frutas y se encuentra en los vinos de mesa y el coñac.
- 2) Propílico.- es más perjudicial y proviene de la destilación de granos; lo contiene el whisky y el vodka.
- 3) Butílico.- aún más nocivo, es extraído de tallos y hojas de plantas y se encuentra en el aguardiente de caña, el tequila y el mezcal.
- 4) Metílico.- también llamado alcohol industrial, se extrae de la madera y es tan tóxico que basta tomar pequeñas cantidades para que produzca daños tan graves como la ceguera o la muerte.

Esta diferencia en la toxicidad entre los diferentes alcoholes puede explicar el hecho de que en Europa, aunque el alcoholismo alcanza grados considerables, no causa daños al organismo tan graves como en nuestro país; es decir, una bebida aunque sea de baja graduación alcohólica (G.L.Q), puede ser muy tóxica dependiendo del tipo de alcohol que contenga.

La cantidad de alcohol que contiene una bebida, se expresa con referencia a la escala de Gay Lussac, o sea, tanto por ciento de alcohol en volumen a 15° C., siendo la abreviación: G.L.

El contenido alcohólico de diversas bebidas, de acuerdo con los resultados de una investigación que sobre las bebidas alcohólicas - realizó la Secretaría de Salubridad y Asistencia:

<u>BEBIDAS</u>	<u>GRADUACION ALCOHOLICA.</u>
Sidra	4.20 G.L. a 6.20 G.L.
Cerveza	menos de 6.00 G.L.
Pulque	3.50 G.L. a 6.00 G.L.
Tequila	32.00 G.L. a 46.00 G.L.
Mezcal	43.00 G.L. a 49.00 G.L.
Brandy	38.00 G.L. a 40.00 G.L.
Ginebra	40.00 G.L. a 50.00 G.L.
Ron	38.00 G.L. a 40.00 G.L.
Vodka	40.00 G.L. a 50.00 G.L.
Whisky	43.00 G.L. a 43.50 G.L.
Anis	38.00 G.L. a 40.00 G.L.
Licores	25.00 G.L. a 40.00 G.L.
Vermouth	16.00 G.L.
Cognac	40.00 G.L.

<u>VINOS DE MESA</u>	<u>GRADUACION ALCOHOLICA.</u>
Vino blanco	10.00 G.L. a 12.50 G.L.
Vino rosado	10.50 G.L. a 12.00 G.L.
Vino tinto	11.00 G.L. a 12.00 G.L.

Asimismo, se han elaborado diversas clasificaciones de las bebidas alcohólicas con la finalidad de diferenciar más fácilmente los componentes con los que han sido elaborados. Una de las más comunes es la siguiente:

- 1) Bebidas fermentadas.- se les llama así a las bebidas que se obtienen como resultado de la fermentación alcohólica de sustancias o productos que sirven de base para la fabricación de la mencionada bebida.
- 2) Bebidas destiladas.- son aquellas que se obtienen por destilación de líquidos que se hayan elaborado a partir de productos vegetales, en los que la totalidad o una parte de los azúcares fermentables provenientes de los hidratos de carbono que contengan, hayan sufrido como principal fermentación la alcohólica, siempre y cuando el destilado no haya sido rectificado de tal manera que quede privado de los productos formados durante la fermentación y destilación.
- 3) Licores.- son los productos elaborados a base de bebidas alcohólicas destiladas o mezcladas de espíritu neutro, alcohol etílico y agua, en ambos casos aromatizados. (32)

1.1.5 EL ALCOHOL COMO DROGA. EFECTOS.

Como se sabe, las dosis moderadas de alcohol estimulan la circulación y pueden hacer "entrar en calor" y reconfortar a una persona durante un día frío de invierno. Sin embargo, cantidades mayores tienden a disminuir la temperatura corporal por su acción en los - mecanismos termoreguladores del cerebro; una dosis de brandy puede producir en apariencia un calentamiento transitorio, pero en realidad pudiera disminuir la temperatura corporal.

Una de las razones principales de la popularidad del alcohol, son sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central. En pequeñas dosis es estimulante, vivifica las reuniones sociales; el introvertido - se vuelve extrovertido y las personas tienden a ser más dueñas de sí mismas, aunque si las dosis aumentan pueden tornarse emotivos y agresivos. Las angustias y los temores que a veces oprimen al individuo, tienden a disiparse de tal forma que a las personas con - algunas copas, probablemente importe poco las desagradables consecuencias de su ingestión.

En base a diversos experimentos realizados en sujetos humanos, se ha estructurado una relación aproximada entre los niveles de alcohol en la sangre y los diversos efectos de las bebidas alcohólicas.

CANTIDAD DE ALCOHOL
EN LA SANGRE

EFECTOS

50 mg.

Relajamiento, desinhibición, aumento del tiempo de reacción y alteración de los reflejos para conducir vehículos.

45 y 46

CANTIDAD DE ALCOHOL
EN LA SANGRE

EFECTOS

80 mg.	Disminuyen peligrosamente los reflejos necesarios para la conducción de vehículos.
100 mg.	Torpeza y labilidad emocional.
200 mg.	Enorme torpeza de movimientos.
300 mg.	90% de los individuos sufren los síntomas intensos de la intoxicación.
500 mg.	Extrema intoxicación con inminente peligro de muerte.

Sin embargo, tales investigaciones también señalan que existen - - grandes variaciones en las reacciones de las personas al alcohol, - dependiendo de factores tales como estado de ánimo, forma de beber, cantidad de bebida, personalidad, hábitos alimenticios, ideas sobre la bebida, contexto en el que se consumen, precio de las bebidas o facilidad para conseguirlas, aprobación social, etc.

Al mismo tiempo que el alcohol produce en el organismo daños cuantiosos sobre todo a nivel hepático, cardíaco y digestivo, conlleva síndromes que se asocian con el abuso de dicha droga, entre los - que podemos mencionar:

- 1) Embriaguez simple o síndrome cerebral orgánico con consumo de alcohol
- 2) Psicosis alcohólicas:
 - a) Delirium tremens
 - b) Psicosis de Korsakoff
 - c) Alusinosis alcohólica
 - d) Paranoia alcohólica

Junto con esta sintomatología se puede apreciar en el enfermo alcohólico un deterioro cada vez mayor en sus relaciones interpersonales que le llevan a tener serios desajustes en el hogar y en el trabajo, ocasionando con ello cuantiosas pérdidas materiales a la familia y a la comunidad, ésto aparte del perjuicio causado en los aspectos emocional y afectivo. (33)

1.1.6 EL ALCOHOLICO COMO UN ENFERMO.

El alcoholismo crónico no solo constituye una enfermedad en sí, si no que a su vez, también es la causa de otras muchas modificaciones y alteraciones orgánicas y psíquicas patológicas que pueden provocar incluso la muerte. Estudios realizados sobre este problema por el Instituto Mexicano de Psiquiatría precisan que "las muertes por cirrosis hepática en el país han aumentado notablemente. En 1960 este padecimiento ocupaba el onceavo lugar como causa de muerte; en 1979 pasó a ser la octava causa.

Otro indicador indirecto (las intoxicaciones), señala que del total de casos de emergencia atendidos en el D.F., entre el 70 y 86% se debieron al abuso del alcohol. Asimismo, las enfermedades mentales derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas en el D.F., arrojan una tasa de 26 casos por cada 100 mil habitantes. Esto sin contar el elevado número de muertes y lesiones provocadas directa o indirectamente por los excesos en la ingestión de bebidas embriagantes, en accidentes y actividades delictivas sin descartar los suicidios". (34)

Sin embargo, a pesar de lo antes citado, es un hecho que los conocimientos que se tienen en la actualidad a nivel social sobre el alcoholismo son extremadamente escasos. Apenas en la segunda mitad de este siglo, se han obtenido algunos conocimientos en el sentido estrictamente científico, pero aún incipiente, sobre las causas del alcoholismo, su diagnóstico y tratamiento; además, los escasos conocimientos que al respecto se tienen no han llegado a las grandes masas.

Por esta razón, la mayoría de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, etc.) al tener ante sí un caso de alcoholismo, generalmente prefieren evadir la responsabilidad de la situación canalizando al individuo a otro lugar. Incluso, muchos de estos profesionales han adoptado ante el consumo del alcohol la actitud de complacencia manifestada por la sociedad al adjudicarle a estas bebidas virtudes excelsas, o bien, la de señalar solamente las trágicas consecuencias de su abuso.

Se puede decir que en este campo no se encuentran muchos profesionales capacitados para prestar una ayuda terapéutica efectiva al paciente que sufre de alcoholismo, o incluso para participar como simples ciudadanos, de una manera responsable, en la tarea colectiva contra ésta enfermedad de tan elevada incidencia y tan graves consecuencias individuales, familiares y sociales.

Debido a esta ignorancia general sobre el tema que nos ocupa, el público en general y específicamente los pacientes afectados y los profesionales involucrados en el problema, muchas veces no aceptan que el alcoholismo es una enfermedad, es decir, una entidad patológica específica, a pesar de los pronunciamientos hechos en este sentido por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y por las Cortes de Justicia de muchos países.

No ha sido fácil, pues, desechar la idea tradicional que caracteriza al enfermo alcohólico como un vicioso, un débil de carácter, un irresponsable que no merece amparo ni ayuda, pues su debilidad respecto al vino obedece a su escasa fuerza de voluntad. Se hace necesario modificar nuestra actitud al respecto, en base a los descu

brimientos hechos por investigadores de todas partes del mundo en el sentido de que el alcoholismo es una enfermedad de la emocionalidad, un síntoma neurótico de nuestra sociedad; es necesario que comprendamos que el alcohólico requiere de ayuda para salir de su problema, requiere el apoyo de su familia y el de la sociedad para reincorporarse a la vida productiva. |

"Debemos entender que ninguna medida represiva ha sido capaz de de tener el grave avance del alcoholismo; que la comprensión y la ayuda al enfermo serán las mejores armas para la prevención y rehabilitación de los alcohólicos". (35)

En México, el alcoholismo representa uno de los más graves problemas de salud pública, ya que según informes recientes de la Procuraduría General de la República aumentó de 1978 a 1979 en 1057% - afectando a cinco millones de personas en el país y dejando a otras novecientas mil inválidas. Esto sin contar los prejuicios indirectos causados por la enfermedad en el hogar del alcohólico; en el - Instituto de Orientación y Defensa de la Mujer, asegura que el 84% de las desavenencias familiares son causadas por la ebriedad y el 82% de los divorcios y separaciones se deben al alcoholismo. Asimismo, en el aspecto laboral y económica, según la Dirección de - Servicios Médicos de la U.N.A.M., representa para el país una pérdida de 200 millones de pesos anuales, ocasionando de esta manera un grave daño a la sociedad entera, quien por otra parte propició el incremento en la incidencia de dicha enfermedad a través de los medios masivos de comunicación que aceleran el consumismo. Así, - la Dirección de Estadística afirma que hasta 1978 en el país habían tres cantinas por cada escuela y veinte por cada unidad de salud.

El problema ha crecido a tal magnitud que en la organización Alcohólicos Anónimos "Grupos 24 hrs." se reciben 450 llamadas diarias de gente que quiere información sobre este problema. (36)

A pesar de la gravedad del problema y acelerado incremento de dicha enfermedad, los esfuerzos que se hacen por contrarrestarla son mínimos y las instituciones dedicadas a su atención, además de ser pocas y de escasos recursos, no cuentan con bases teóricas firmes que les permitan proporcionar una atención terapéutica adecuada; - no obstante, en el anexo 1, proporcionamos una lista de las instituciones u organizaciones que pueden prestar ayuda a este tipo de enfermos, sin que esto signifique que son necesariamente las únicas o las mejores, sino que son simplemente las que conocemos.

1.2.1 DEFINICIONES Y GENERALIDADES DE LAS ACTITUDES.

El estudio de las actitudes ha sido un tema de investigación de muchos autores de sociología, psicología y ciencias de la conducta - en general, desde varios años atrás hasta la fecha, y cada uno de ellos han aportado sus definiciones de acuerdo a sus investigaciones u observaciones. Para que nos ubiquemos mejor en este aspecto, a continuación se enlistan una serie de definiciones que creemos - más acordes con la presente investigación.

- Thurstone (1931) "Actitud es el grado de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico". (37)
- Allport (1935) "Actitud es un estado mental y nervioso - de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones a que se enfrenta". (38)
- Bogardus (1931) "Actitud es una tendencia a actuar en favor o en contra de algún factor ambiental, el cual se convierte con ello en un valor positivo o negativo". (39)
- Doob (1947) "La actitud es una respuesta implícita, - capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en la sociedad - del individuo". (40)
- Campbell (1950) "Actitud social es (o se demuestra) a tra

vés de: la consistencia de la respuesta a objetos sociales". (41)

J. H. Curtis (1960)

"Actitudes: son predisposiciones a actuar, percibir, pensar y sentir en relación a un objeto o a una persona. En este sentido la actitud se refiere no tanto a la respuesta actual cuanto a la dirección que toma. Una característica de la actitud es que se requiere un correlativo, un objeto de orientación hacia la cual ella es positiva o negativa. Seguir esa dirección es la esencia de la actitud". (42)

Sherif y Sherif (1974)

"Una actitud es el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, grupos, ideas, etc.) que él ha establecido y aprendido a partir de ese dominio (en interacción con otras personas como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos del dominio en diversos grados de afecto (motivación-emoción) positivo o negativo". (43)

Thurstone (1946) recog

gida por Edwards (1957)

"Actitud es el grado de afecto positivo o negativo asociado a un objeto psicológico".

(44)

1.2.2 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES.

La mayoría de los autores han considerado a las actitudes como compuestas por tres elementos claramente distintos:

- 1) Componente cognoscitivo.- Se refiere a las percepciones del individuo, a sus creencias y estereotipos, o sea, a la idea o conocimiento que tiene acerca del objeto psicológico.

Por lo común, este componente se expresa a través de opiniones; es el que cambia con mayor facilidad, a no ser que se trate de creencias centrales o muy implicadoras del ego (Sherif y Coles., 1965). También es cierto que cuánta mayor información se tiene sobre un objeto de actitud se está en mayor disposición de percibir tanto los buenos como los malos aspectos del mismo (Scott, 1969).

- 2) Componente afectivo.- Se refiere a los sentimientos de la persona con respecto al objeto, o sea, al modo en que valora los objetos que están incluidos en una categoría concreta.

No cabe duda de que el componente más evidentemente característico de las actitudes es el componente afectivo. Para algunos (Fishbein y Raven, 1962; Fishbein, 1965-1966) es el único real, porque las creencias y conductas asociadas a una actitud son elementos a través de los cuales es posible medirlas, pero no son parte de la misma. Fishbein (1965) muestra que cuanto mayor es la relación entre su objeto de actitud y ciertas creencias, y cuanto mayor es el objeto relacionado con estas creencias, mayor es el efecto hacia el objeto de actitud. Por otra

parte, Mann afirma que "el aspecto emocional de las actitudes es a menudo el componente más profundamente enraizado y el más resistente al cambio".

- 3) Componente de comportamiento.- Se refiere a la tendencia o predisposición a actuar de acuerdo a la idea y sentimiento que se tiene del objeto actitudinal. (45)

De acuerdo a esto, generalmente se acepta un nexo entre el componente cognoscitivo, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Se piensa además que las creencias evaluativas y la dirección de la disposición a responder tienden a ser compatibles.

"Las intenciones de comportamiento están relacionadas con la acción abierta; pero la acción abierta también depende de las costumbres, normas y otras actitudes que las que son directamente apropiadas respecto al comportamiento hacia un objeto de actitud concreto". (46)

Estos tres componentes de la actitud, "variables intercurrentes", están instrumentalmente relacionados y, según la teoría de la coherencia (Osgood y Tannenbaum, 1955; Festinger, 1957; Heider, 1958) guardan entre sí una cierta armonía y congruencia. Un cambio en cualquiera de ellos tiende a producir un cambio en los otros dos a fin de restaurar la coherencia interna dentro de la estructura total de la actitud.

Por otra parte, usualmente se supone que las actitudes y la conducta también son congruentes entre sí. Se cree que las actitudes determinan y dirigen la conducta. Sin embargo, es frecuente obser-

var grandes discrepancias entre ellos, porque la conducta está determinada no sólo por una gama de actitudes diversas (Newcomb, Turner y Couverse, 1965), sino también por factores externos de la situación social inmediata (Rokeach, 1966).

Un estudio ampliamente documentado de La Pierre (1934), demuestra la falta de coherencia entre las actitudes verbales y la conducta manifiesta; otro estudio de Vassiliou, Triandis y Onken (1968), - prueba que cambió el componente perceptivo sin que cambiaran los - componentes afectivo y de comportamiento. La gente no siempre actúa de acuerdo con lo que cree, sabe y siente. León Mann (1972), - da tres razones para explicar las divergencias entre actitud y conducta:

- a) El nivel de diferenciación y de complejidad de los tres componentes.
- b) Actitudes diferentes tienen relación con un mismo acto de conducta.
- c) El tipo de actitud que subyace en el prejuicio, como las actitudes "intelectualizadas" que son ricas en creencias y estereotipos pero carecen de tendencias reales a la acción. (47)

En suma puede afirmarse que la coherencia entre los componentes se da a menudo cuando existe una actitud extrema, sea ésta positiva o negativa. Y en cuanto a la relación entre actitud y comportamiento, afirmar que existe una relación muy estrecha o negar toda relación posible es igualmente ingenuo. "Las actitudes implican lo - que la gente piensa de, siente respecto a, y cómo le gustaría comportarse respecto a un objeto de actitud. Sin embargo, las actitudes no son causa necesaria ni suficiente del comportamiento; las - actitudes junto con las normas, costumbres y expectativas sobre - refuerzo, sí". (48)

1.2.3 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.

Otro elemento importante que también determina el desarrollo y cambio de actitudes lo constituye la función de satisfacción de necesidades y motivaciones básicas. Los psicólogos sociales han mostrado particular interés por las funciones de las actitudes pero - consideradas dentro de la economía total de la personalidad.

Adorno y Cole. realizaron en la Universidad de California (1950), - en Berkeley, un interesante estudio sobre la personalidad autoritaria, que publicaron bajo el título de The Authoritarian Personality. La aparición de este informe es muy importante en la psicología social porque representó el primer estudio en gran escala de las actitudes y la personalidad. En él se utilizó una combinación de - pruebas de la personalidad y de escalas de actitudes, junto con entrevistas clínicas y técnicas proyectivas. (49)

Según la teoría de Katz (1960) las actitudes tienen cuatro funciones que sirven para su mantenimiento o para su modificación:

- 1) Instrumental o ajustativo-utilitaria.- Se busca la adaptación al medio complejo de por sí, de modo que las actitudes adoptadas procuren maximizar las gratificaciones y minimizar los castigos.
- 2) Ego-defensiva.- Esta función proporciona protección al individuo impidiendo el reconocimiento de verdades desagradables sobre sí mismo.
- 3) Valor-expresiva.- Esta función permite a la persona expresar sus valores fundamentales y por esto obtiene satisfacciones.
- 4) Función de conocimiento.- Se basa en la necesidad del indivi-

duo de dar estructura a su universo, de comprenderlo y de darle sentido.

Los principales teóricos de lo que se ha llamado el "análisis funcional de las actitudes" están fundamentalmente de acuerdo en estas cuatro funciones sugeridas por Katz. Ellos son Smith (1940); - Smith, Bruner y White (1956); Katz y Scotland (1959); y Kelman - - (1961). (50)

1.2.4 DIFERENTES METODOS DE MEDICION DE LAS ACTITUDES.

Bogardus fué el precursor del estudio y medición de las actitudes basadas en métodos de cuestionarios, cuando con una serie de preguntas que efectuó a 1725 norteamericanos, evaluó sus preferencias acerca de 40 nacionalidades diferentes. Las preguntas fueron formuladas en forma de categorías de diferentes distancias sociales:

- 1) admitirlos en íntimo parentesco mediante matrimonio.
- 2) admitirlos en mi club como camaradas personales.
- 3) admitirlos en mi calle como vecinos.
- 4) admitir que se empleen en mi trabajo.
- 5) admitirlos solamente como visitantes de mi país.
- 6) admitirlos como ciudadanos de mi país.
- 7) excluirlos de mi país

Posteriormente otros investigadores como E. L. Hartley, S. C. - Dodd, Guttman, Edward y Kilpatrick al igual que Osgood, han diseñado escalas similares.

Louis Guttman (1950), propuso un método para valorar una serie de declaraciones y comprobar la unidimensionalidad de las mismas. - Este método es denominado Escalograma de Guttman o método del escalaje acumulativo. Una escala unidimensional mide una variable o atributo, y solo una. En este método, las declaraciones cubren toda una gama de posibles respuestas, de modo que cuando un sujeto está de acuerdo con una declaración, debe estarlo con todas - las de menor rango que la primera. Si las declaraciones representan efectivamente un continuo de un solo atributo o variable a me

dir, entonces los sujetos deben responder correctamente todos los problemas más fáciles que el más difícil que resolvieron, y deben fallar en todos los problemas más difíciles que el más fácil en que fallaron. En este sentido se dice que esta escala tiene también la característica de ser acumulativa y además unidimensional; pero unidimensional no porque las declaraciones estén relacionadas con una sola dimensión o atributo social o psicológico, sino solo porque las respuestas satisfacen el criterio de repetición (Sherif y Sherif, 1969). (51)

Otra técnica, creada por Osgood, Suci y Tannebaum (1957), denominada "Método del Diferencial Semántico", es utilizada para estudiar y medir el significado de los conceptos (estímulos) presentados al sujeto. El supuesto subyacente es que el significado de un concepto para un individuo incluye no sólo el significado evidente o más denotativo, sino también otros significados más sutilmente connotativos, menos fácilmente descriptibles.

Este instrumento, usado con frecuencia en investigaciones sobre actitudes, permite presentar cualquier objeto de actitud; está compuesto por una serie de escalas, generalmente de 7 puntos, cuyos extremos están rotulados con adjetivos bipolares. Al sujeto se le da un concepto (por ejemplo, "judío", "iglesia", "PRI") para que le asigne algún punto dentro de cada una de las escalas que se presentan, de acuerdo al grado de identificación del estímulo con uno de los adjetivos.

Osgood y Cols. distinguen tres factores importantes con los que se puede diferenciar un concepto:

1) Evaluación.- que se puede identificar con escalas de objetivos

como: bueno-malo, justo-injusto, limpio-sucio, bello-feo.

- 2) Potencia.- que se identifica por escalas como: fuerte-débil, - grande-pequeño, pesado-ligero.
- 3) Actividad.- aquí el objeto es pasivo-activo, rápido-lento, caliente-frío, vivo-muerto.

A Louis L. Thurstone se le considera el pionero de la construcción de escalas de actitud, él buscaba una escala de actitudes que sirviera como unidad para medir las actitudes individuales con unidades iguales a análogas a pulgadas o centímetros. En el caso de las dimensiones sociales, serían los mismos juicios los que darían la base para la escala.

Sherif y Sherif (1969), resumen los pasos que se siguen en la construcción de una escala tipo Thurstone:

- 1) Se reúne un gran número de afirmaciones sobre un tema determinado y se ordenan de uno a otro extremo.
- 2) Se presentan todas las afirmaciones a los jueces y se les pide agruparlas en 11 categorías, desde las más favorables al objeto psicológico, hasta las más desfavorables, buscando que el número de afirmaciones sea relativamente igual en cada grupo.
- 3) Para cada afirmación se calcula el número de categorías (de la 1 a la 11), que representa la mediana de los juicios, mismas que vienen a constituir el "valor escalar" de la declaración. En la misma forma se calculan los percentiles 25 y 75, usando la mitad de la distancia entre ellos como medida de variabilidad (Q) de posiciones.
- 4) La escala final se construye seleccionando las afirmaciones que tengan valores escalares igualmente espaciados entre las -

categorías 1 y 11; las que tengan valores Q pequeños; y las -
que sean claramente relevantes de una posición a favor o en -
contra del objeto psicológico en cuestión.

Otras técnicas han sido creadas y propuestas en base a la de Thurstone, de las cuales una de las más relevantes es la que elaboró Likert en 1932, logrando con ella una más alta confiabilidad. Y es precisamente esta técnica la que nos ha servido de modelo para la elaboración de nuestro instrumento de medida, con el que tratamos de evaluar la actitud social de cinco grupos muestra de nuestra población urbana, hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos.

1.2.5 ESCALA DE LIKERT.

El método de las calificaciones sumadas o método de Likert fué desarrollado por él en 1932, en un estudio sobre las actitudes hacia el imperialismo, el internacionalismo y los negros. El procedimiento utilizado, incluye los siguientes pasos:

- 1) Se recopila un gran número de frases o declaraciones que el investigador considere relacionadas, favorable o desfavorablemente, con el objeto de actitud en cuestión.
- 2) De este gran número de declaraciones obtenidas se seleccionan no menos de 60, 30 favorables y 30 desfavorables, en base a los criterios sugeridos por el mismo Likert, desechando aquellas que parezcan a primera vista como ambiguas o confusas, que no sirvan para distinguir si un sujeto está a favor o en contra del objeto de actitud considerado.
- 3) Estas 60 declaraciones se ordenan al azar y se aplican a un grupo de sujetos de la población a estudiar para que indiquen si están completamente de acuerdo, de acuerdo, indecisos, en desacuerdo o completamente en desacuerdo con cada una de las declaraciones presentadas.
- 4) El puntaje total para cada sujeto se determina sumando las calificaciones de sus respuestas a todas las declaraciones. De acuerdo a lo mencionado, es obvio que una puntuación alta indicará un alto nivel de favorabilidad y una puntuación baja, un alto nivel de desfavorabilidad en el continuo de la escala.
- 5) Finalmente, se hace un análisis de declaraciones para seleccionar aquellas que habrán de componer la escala final, o sea, las declaraciones más discriminativas; siendo común el uso de la prueba t para el análisis de declaraciones.

Una vez obtenidas las calificaciones de todos los sujetos, se compara el 25% de los que obtuvieron las calificaciones más altas, - con el 25% de los que obtuvieron las más bajas.

Cada declaración se analiza de acuerdo con las calificaciones obtenidas por estos dos grupos de sujetos y se seleccionan para componer la escala final, solo aquellas declaraciones que discriminan - entre los dos grupos. El valor obtenido de t es precisamente la - medida de esta discriminación. Se exige un valor $t=1.75$ como mínimo a un nivel de significancia de 0.05, con 25 o más sujetos en cada grupo. (53)

CITAS DEL CAPITULO UNO

- 15) Velasco Fernández, Rafael. "El alcoholismo como enfermedad". - Apuntes para el III Congreso Mexicano de Psicología Clínica. - Guadalajara, Jal., Nov. 22 de 1980.
- 16) Varios autores. El alcohol y el alcoholismo. Temas de la Década. Publicaciones Cruz S.A., México, 1980, p. 6.
- 17) ibid., p. 8.
- 18) Velasco Fernández, op. cit.,
- 19) ibid.
- 20) ibid.
- 21) ibid.
- 22) ibid.
- 23) ibid.
- 24) ibid.
- 25) Jaffe, J., et. al. Vicios y drogas, problemas y soluciones. - Ed. Harla S.A., México, 1980, p. 100-104.
- 26) Velasco Fernández, op. cit.
- 27) Fromm, Erich. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1956, p. 20.
- 28) Velasco Fernández, op. cit.
- 29) Jellinek, Dr. Nueva versión de la tabla de la alcoholsmania. - Oficina Intergrupala de Servicios de A.A. de la Ciudad de México, p.p. 3-39.
- 30) Gallana Mingot, Tomás. Pequeña Larousse Técnico. Ed. Larousse, México, 1980, p. 47.
- 31) Varios autores, op. cit., p. 15.
- 32) Jaffe, et. al., op. cit., p. 98.
- 33) ibid., p. 108-109.
- 34) "El alcoholismo en México". Gaceta U.N.A.M. Epoca 4a., Vol. V, No. 25, abril 2 de 1981, p.p. 8-11.

- 35) Rodríguez Moreno, Arturo. Reeducación del alcohólico. Selecciones Tipológicas S.A., México, 1980, p. 13.
- 36) Velázquez, Miguel Angel. "De 1978 a 1979 aumentó en mil 57 por ciento el alcoholismo". Uno Más Uno, 3 de noviembre de 1980.
- 37) Fishbein, M. Readings in attitude theory and measurement. Ed. John Wiley and Sons, Inc., New York, 1976, p.
- 38) ibid., p. 8.
- 39) Bogardus. La Psicología Social en la industria. Ed. Fondo de - Cultura Económica, México, 1958, p.
- 40) Fishbein, op. cit., p. 42.
- 41) ibid., p. 175.
- 42) Curtis, J. H. Social Psychology. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1956, p.p. 185-186.
- 43) Sherif, M.; Sherif, C. Psicología Social. Ed. Harla S.A. de C. V., México, 1975, p.
- 44) Edwards, A.; Kilpatrick, F. A technique from the construction of attitude scale.
- 45) Mann, León. Elementos de Psicología Social. Ed. Limusa Willey S.A., México D.F., 1972, p. 138.
- 46) Triandis, Harry C. Actitud y cambio de actitud. Ediciones Torrey S.A., Barcelona, España, 1974, p. 23.
- 47) Mann, op. cit., p.p. 140-142.
- 48) Triandis, op. cit., p.p. 15-17.
- 49) Adorno, T. W., et. al. The authoritarian personality. Ed. Harper, New York, 1950, p.
- 50) Fishbein, op. cit., p.p. 457-468.
- 51) Young, K., et. al., Psicología de las actitudes. Ed. Paidós, - Colección Biblioteca del Hombre Contemporáneo No. 180, México, p.p. 120-121.
- 52) Summers, G. F. Medición de actitudes. Ed. Trillas, México, 1978 p.p. 277-285.

- 53) Martínez Cháidez, Matea. Construcción de una escala de actitud hacia la actual distribución de la riqueza en México. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología, Universidad Iberoamericana, México D. F., 1977, p.p. 67-68.

CAPITULO DOS. METODOLOGIA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La experiencia terapéutica ha mostrado que los enfermos alcohólicos, por razones no del todo conocidas, se niegan a reconocer su propio padecimiento y, por lo tanto, a someterse a tratamiento.

La presente investigación empezó a desarrollarse precisamente para tratar de esclarecer una de estas razones, siendo esta la supuesta actitud negativa de la sociedad hacia dichos enfermos, probablemente debida a la imagen que estos proyectan a nivel social.

Consideramos que, en general, la información que la sociedad adquiere sobre el problema del alcoholismo es muy escasa y, debido a esto, se han formado muchos prejuicios al respecto considerándosele como un vicio y no como a una enfermedad, lo que nos hace suponer que a mayor información sobre dicho problema, menor será la resistencia del paciente a someterse a tratamientos terapéuticos, lo cual también pretendemos corroborar mediante la presente investigación.

Cabe la aclaración de que conceptualmente el aspecto fundamental de nuestra investigación es el alcoholismo, sin embargo, se han contemplado dos conceptos complementarios al primero: alcohol y alcohólico, que aunque tienen un significado diferente cada uno de ellos, representan en conjunto el tratamiento integral de la investigación.

2.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.

Objetivos Generales:

- Explorar los procesos sociales (especialmente las actitudes) - que inciden en el surgimiento de las resistencias del paciente alcohólico a enfrentar su realidad.
- Reconocer los conceptos aledaños o complementarios (alcohol y - alcohólico) del concepto alcoholismo considerado como básico en la presente investigación.
- Ubicar el problema de las resistencias del paciente alcohólico como una consecuencia de la escasa información a nivel social - sobre este tópico que provoca actitudes prejuiciosas.

Objetivos Específicos:

- Medir la actitud social hacia los tres conceptos mencionados - con el auxilio de un instrumento creado expresamente para el - efecto.
- Determinar la actitud de los cinco grupos muestra ante los tres conceptos en general.
- Determinar la actitud de los cinco grupos muestra ante cada uno de los conceptos.

2.3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION Y ESTADISTICAS.

Hipótesis de la Investigación:

Habrán diferencias significativas en la actitud de los cinco grupos muestra ante los conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico.

Hipótesis Estadísticas:

1.- H_1 : Existe una diferencia significativa en la actitud de los cinco grupos muestra hacia los conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico.

H_0 : No existe una diferencia significativa en la actitud de los cinco grupos muestra hacia los conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico.

2.- H_1 : Existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcohol entre los cinco grupos muestra.

H_0 : No existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcohol entre los cinco grupos muestra.

3.- H_1 : Existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcoholismo entre los cinco grupos muestra.

H_0 : No existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcoholismo entre los cinco grupos muestra.

4.- H_1 : Existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcohólico entre los cinco grupos muestra.

H_0 : No existe una diferencia significativa en la actitud social hacia el concepto alcohólico entre los cinco grupos.

2.4 DEFINICION DE VARIABLES.

- a) Variable dependiente: actitudes sociales.
- b) Variable independiente: el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos.
- c) Alcances y limitaciones en el control de variables.- Inicialmente se trataron de controlar diversas variables como son:
 - 1) Edad: fluctuando entre los 20 y 60 años.
 - 2) Sexo: los 30 sujetos integrantes de cada grupo muestra debían dividirse en 15 hombres y 15 mujeres.
 - 3) Nivel socioeconómico: según la clasificación de Havighurst los sujetos debían pertenecer a la clase "alta trabajadora" correspondiéndoles una puntuación entre 20 y 25.

Existen diversas razones por las cuales las anteriores variables no pudieron ser controladas:

- a) Una de las principales razones fue el escaso número de personas que accedían participar en la solución de los cuestionarios, sobre todo al enterarse del tema de la investigación: alcoholismo. Gran número de personas rehusaban participar por esta razón y -tuvieron que tomarse casi indiscriminadamente a los escasos sujetos que accedían voluntariamente solucionar el cuestionario.
- b) La variable sexo no pudo controlarse porque, por ejemplo, los -sujetos integrantes de los grupos A.A. eran únicamente hombres y de los grupos Al-Anon eran mujeres. Por esta razón el grupo experimental No. 3 tuvo el 100% de integrantes del sexo masculino y el grupo experimental No. 4 tuvo el 100% de sexo femenino. Por otra parte, al tratar de integrar al grupo experimental No. 1 de alcohólicos activos no tuvimos referencia de ninguna mujer

por lo que también en este grupo hubo una participación del 100 por ciento de sujetos del sexo masculino.

- c) Precisamente por la dificultad mencionada en el inciso a nos referimos a aplicar los cuestionarios en zonas que pertenecían a la clase alta trabajadora, pero aún así, no todos los integrantes pertenecieron a este nivel socioeconómico.

Como puede observarse no fueron pocas las limitaciones a las cuales nos tuvimos que enfrentar, pero a pesar de todo consideramos que los cinco grupos muestra son realmente representativos y aún cuando no se hayan podido controlar ciertas variables, los resultados obtenidos en la presente investigación arrojan importantes conclusiones.

2.4.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE CADA VARIABLE.

La actitud social la definiremos como la tendencia o disposición a reaccionar ante el cuestionario de acuerdo con los conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico.

El alcoholismo lo definimos como "una enfermedad crónica, un desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (54)

Actitud la definimos como "las predisposiciones a actuar, percibir, pensar y sentir en relación a un objeto o a una persona". (55)

2.5 DELIMITACION TEMPORAL Y ESPACIAL.

Delimitación Temporal:

Se llevó a cabo la encuesta de enero a marzo de 1982 sin haber un orden cronológico de aplicación a los diferentes grupos.

Delimitación Espacial:

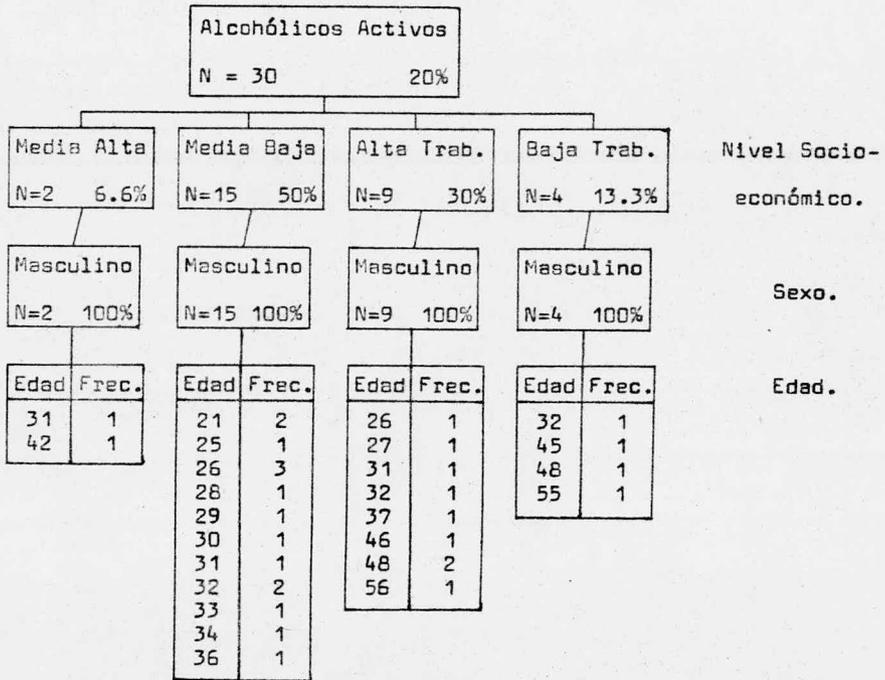
La investigación se llevó a cabo en la zona urbana del Distrito Federal siendo preferentes zonas que correspondieran al nivel socio-económico "alta trabajadora" en la clasificación de Havighurst.

2.6 MUESTRA.

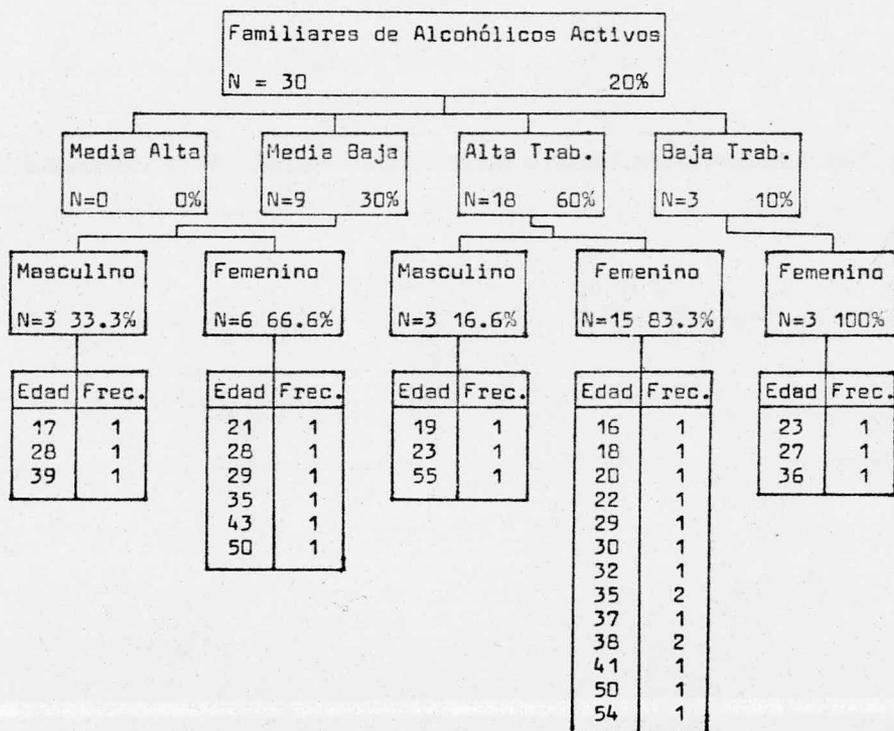
El número total de la muestra fue de 150 sujetos distribuidos en cinco grupos de 30 personas cada uno. Se trata de un muestreo no probabilístico de cuota por lo que las inferencias que se obtengan del presente estudio solo podrán ser aplicadas a estos 30 casos.

Cada grupo estuvo integrado por sujetos con un diferente grado de relación con el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos, determinándose de la siguiente manera:

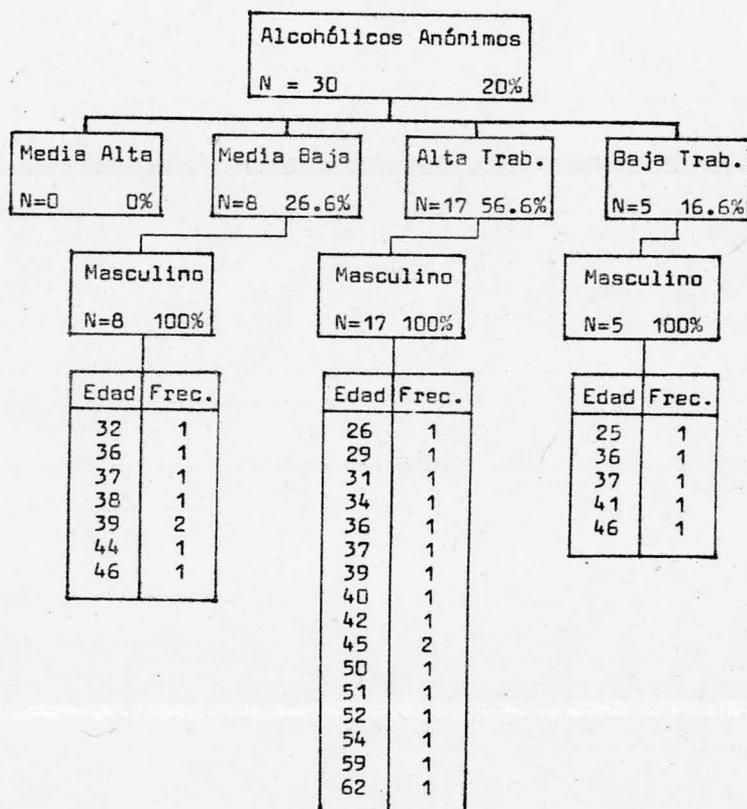
Grupo Experimental No. 1: compuesto por enfermos alcohólicos activos. Se requirió que las personas estuvieran totalmente desintoxicadas en el momento de la aplicación del cuestionario y no haber asistido anteriormente a ningún tipo de terapia o tratamiento para alcohólicos. La manera en que se distribuyó la población de este grupo con respecto a las variables mencionadas en el punto 2.4 fue de la siguiente manera:



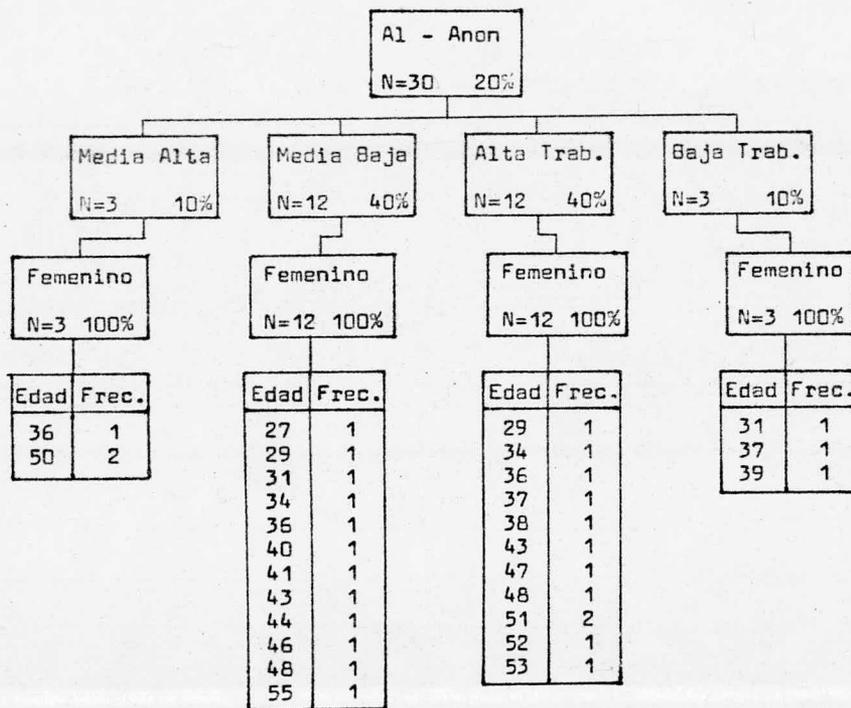
Grupo Experimental No. 2: compuesto por familiares (esposos, padres, hijos, hermanos) estrechamente relacionados con enfermos alcohólicos activos, siendo requisito indispensable que vivan bajo el mismo techo que el enfermo. La manera en que se distribuyó este grupo - fue la siguiente:



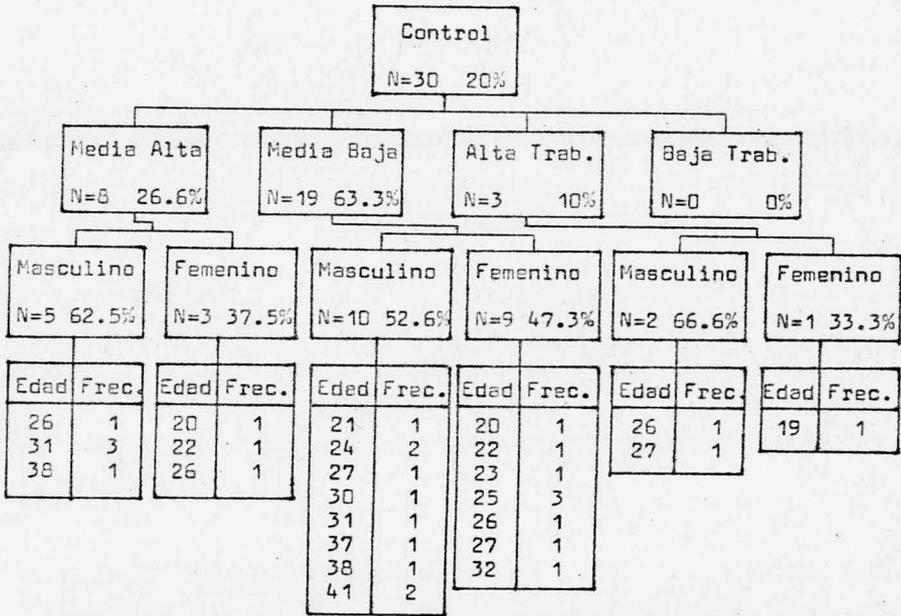
Grupo Experimental No. 3: compuesto por enfermos alcohólicos controlados en grupos de Alcohólicos Anónimos, siendo indispensable el que hubieran asistido por lo menos a cuatro terapias en el último mes. Los integrantes de este grupo se distribuyeron de la siguiente forma:



Grupo Experimental No. 4: compuesto por familiares (esposos, padres, hijos, hermanos) estrechamente relacionados con enfermos alcohólicos controlados y que participen en grupos de Al-Anon, siendo también indispensable que en el último hubieran asistido por lo menos a cuatro terapias. La distribución de este grupo fue de la siguiente manera:



Grupo Experimental No. 5: compuesto por personas abstemias que no fueran familiares de alcohólicos controlados ni en actividad. Con respecto a las variables, este grupo se distribuyó como se muestra a continuación:



Los grupos 1, 2 y 5 se reclutaron previa aplicación de los cuestionarios que en el inciso 2.14 se mencionan y muestran.

En el siguiente cuadro se puede apreciar con claridad la distribución de los sujetos con respecto a su nivel socioeconómico, sexo y edad en cada uno de los cinco grupos muestra que se formaron, esto es, por medio de una segmentación de dichas variables.

GRUPOS

N=150 100%

**ALCOHOLICOS
ACTIVOS**
N=30 20%

**FAM. ALCOHOLI-
COS ACTIVOS**
N=30 20%

**ALCOHOLICOS
ANONIMOS**
N=30 20%

AL-ANON
N=30 20%

CONTROL
N=30 20%

MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	ALTA TRAB.	BAJA TRAB.																
2	15	9	4	0	9	18	3	0	8	17	5	3	12	12	3	8	19	3	0
6.6	50	30	13.3	0	30	60	10	0	26.6	56.6	16.6	10	40	40	10	26.6	63.3	10	0

MASC.	MASC.	MASC.	MASC.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	FEM.	MASC.	MASC.	MASC.	FEM.	FEM.	FEM.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
2	15	9	4	3	6	3	15	3	8	17	5	3	12	12	3	5	3	10	9	2	1
100	100	100	100	33.3	66.6	16.6	83.3	100	100	100	100	100	100	100	100	62.5	37.5	52.6	47.3	66.6	33.3

31-1	21-2	26-1	32-1	17-1	21-1	19-1	16-1	23-1	32-1	26-1	25-1	36-1	27-1	29-1	31-1	26-1	20-1	21-1	20-1	26-1	19-1
42-1	25-1	27-1	45-1	28-1	28-1	23-1	18-1	27-1	36-1	29-1	36-1	50-2	29-1	34-1	37-1	31-3	22-1	24-2	22-1	27-1	
	26-3	31-1	48-1	39-1	29-1	55-1	20-1	36-1	37-1	31-1	37-1		31-1	36-1	39-1	38-1	26-1	27-1	23-1		
	28-1	32-1	55-1		35-1		22-1		38-1	34-1	41-1		34-1	37-1				30-1	25-3		
	29-1	37-1			43-1		29-1		39-2	36-1	46-1		36-1	38-1				31-1	26-1		
	30-1	46-1			50-1		30-1		44-1	37-1			40-1	43-1				37-1	27-1		
	31-1	48-2					32-1		46-1	39-1			41-1	47-1				38-1	32-1		
	32-2	56-1					35-2			40-1			43-1	48-1				41-2			
	33-1						37-1			42-1			44-1	51-2							
	34-1						38-2			45-2			46-1	52-1							
	36-1						41-1			50-1			48-1	53-1							
							50-1			51-1			55-1								
							54-1			52-1											
							54-1			54-1											
							59-1			59-1											
							62-1			62-1											

Los 150 sujetos fueron originarios de diferentes estados de la República, siendo su distribución la siguiente:

Distrito Federal	89	Estado de México	10
Oaxaca	8	Michoacán	6
Hidalgo	5	Puebla	5
Veracruz	5	San Luis Potosí	5
Guanajuato	4	Querétaro	2
Aguascalientes	2	Durango	1
Guerrero	1	Zacatecas	1
Chihuahua	1	Chiapas	1
Jalisco	1	Tamaulipas	1
Yucatán	1	Morelos	1

2.7 ESCENARIO.

Los cuestionarios correspondientes a los grupos experimentales 1 y 2 fueron resueltos en una institución privada dedicada al tratamiento de pacientes alcohólicos. Dicha institución se denomina Instituto Médico Antialcohólico, ubicado en la Avenida Parque Chapultepec esquina Parque Montebello en la zona de Naucalpan, Estado de México.

Es necesario hacer mención que en primera instancia se intentó entrevistar a los sujetos de estos dos primeros grupos en su lugar de residencia o en su centro de trabajo, identificándolos por medio de referencias proporcionadas por amistades, compañeros de trabajo, familiares o simples conocidos. Sin embargo, se obtuvo poco éxito con este método pues los sujetos de ambos grupos se mostraron excesivamente resistentes a colaborar con la investigación. Por esta -

razón, tuvimos que referirnos a la institución antes mencionada.

Los cuestionarios correspondientes a los grupos 3 y 4 se obtuvieron de la aplicación a miembros de los grupos de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon de las zonas de Tlalnepantla, Naucalpan y Azcapotzalco por considerar que estas zonas industriales eran las más propicias para localizar sujetos con el nivel socioeconómico requerido.

Los cuestionarios del grupo experimental No. 5 fueron contestados - por conocidos, compañeros de trabajo, personas de la calle, comerciantes y en general toda persona que accedió a contestar los cuestionarios que les presentamos y que cubrían previamente los requisitos. Por lo tanto, no se tuvo un lugar fijo para la aplicación de los instrumentos en este grupo.

2.8 MATERIALES.

- 1) Cuestionario para detectar alcohólicos activos, editado por A. A., aplicándose éste a los grupos 1, 2 y 5.
- 2) Cuestionario para detectar a los familiares de alcohólicos activos, siendo aplicado a los grupos 2 y 5.
- 3) Cuestionario socioeconómico para todos los grupos.
- 4) Cuestionario para evaluar la actitud social hacia el alcohol, - el alcoholismo y los alcohólicos, para ser aplicado a todos los grupos.
- 5) Lápices con goma.

2.9 PROCEDIMIENTO.

El grupo experimental No. 1 fueron personas que por primera vez es tuvieron sometidos a un tratamiento para el alcoholismo, tuvieron que estar internados por esta razón, que no llevaran más de cuatro días de internamiento y que no hubieran asistido nunca antes a los grupos de A.A. o a otro tipo de tratamiento.

El grupo experimental No. 2 cumplió con los requisitos señalados - para el grupo anterior debiendo ser familiares que vivían bajo el mismo techo de los alcohólicos y que en el cuestionario expresamente diseñado para el efecto hubieran cumplido con los requisitos.

Los sujetos del grupo experimental No. 3 se obtuvieron de los grupos A.A. de diversas zonas del área metropolitana cuyos habitantes consideramos pertenecían a la clase alta trabajadora. Fue requisito en este grupo y en el siguiente que las personas hubieran asistido al grupo (A.A. y Al-Anon) por lo menos cuatro veces en el - - transcurso del último mes.

Los sujetos del grupo experimental No. 4 fueron obtenidos de los - grupos familiares de Al-Anon, con las mismas características y requerimientos del grupo anterior.

Por último, para obtener el grupo control se aplicaron los questionarios respectivos en diversos puntos de la ciudad, con un nivel - socioeconómico similar al de los anteriores grupos.

Al vernos en la necesidad de crear una escala que midiera la acti- tud social hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos, tu- vimos que proceder a seleccionar los reactivos más idóneos, los -

que debimos evaluar con el objeto de obtener la consistencia interna de la prueba para lo que se utilizó el método de los jueces que determinó la tendencia positiva-negativa de cada uno de los reactivos.

Una vez aplicados los cuestionarios a los cinco grupos muestra antes mencionados, se realizó un análisis de varianza para determinar si existían o no diferencias significativas ante los tres conceptos en conjunto y ante cada uno de ellos.

2.10 CRITERIOS PARA LA SELECCION DE DECLARACIONES.

Para saber qué declaraciones deben ser incluidas en una escala y cuántas se requieren, es necesario tener en cuenta los cuatro siguientes puntos expuestos por Krech y Col. (1972):

- 1) Función de discriminación.- una declaración debe discriminar entre las diferencias de actitud mantenidas por cada uno de los sujetos.
- 2) Agudeza en la discriminación.- las declaraciones deben discriminar lo más marcadamente posible.
- 3) Discriminación a lo largo de toda la escala, de manera que no solo se puedan separar los pros de los contras, sino que también se maticen unos y otros estableciendo una serie de graduaciones entre unos y otros.
- 4) Número mínimo de declaraciones para una confiabilidad dada.- a mayor número de declaraciones en una escala, corresponde una mayor confiabilidad de la misma. Esto se debe a que los errores de medida tienden a neutralizarse mutuamente. Sin embargo, por consideraciones prácticas es conveniente limitar el número total de declaraciones.

Krech y colaboradores distinguen dos tipos de declaraciones:

- 1) Las valorativas: son las que se usan con más frecuencia, conciernen al objeto y engloban los aspectos cognoscitivos y sentimentales. Un ejemplo de declaración valorativa, tomada de la escala de internacionalismo de Likert, es la siguiente:

Debemos ser leales a nuestro país, a nuestra patria, antes de que podamos considerar la posibilidad de una fraternidad internacional.

- 2) Las de acción: describen una actitud específica dirigida hacia el objeto de la actitud. Un ejemplo de declaración de acción, tomada de una escala de Thurstone, elaborada por Rosander - - (1937), y que intenta medir las actitudes hacia los negros, es la siguiente:

Una familia de negros trasladada al barrio en que us
ted vive y los invita a su casa. (56)

Edwards (1957), haciendo una recopilación de varios autores (Thurstone y Shave, 1929; Wang, 1932; Likert, 1932; Bird, 1940) da una serie de criterios informales que resume en los 14 siguientes pasos:

- 1) Evitar declaraciones que se refieran al pasado, más bien que - al presente.
- 2) Evitar declaraciones que puedan ser interpretadas como hechos.
- 3) Evitar declaraciones que puedan ser interpretadas en más de un sentido.
- 4) Evitar declaraciones que no tengan relación con el objeto psicológico en estudio.
- 5) Evitar declaraciones con las cuales la mayoría, o casi nadie, - estaría de acuerdo.
- 6) Seleccionar aquellas declaraciones que se cree cubren toda la gama afectiva de interés.
- 7) Utilizar para las declaraciones un lenguaje sencillo, claro y directo.
- 8) Las declaraciones deben ser cortas, de no más de 20 palabras.
- 9) Cada declaración debe contener una sola idea.
- 10) Evitar palabras que implican universalidad, tales como: todos, siempre, ninguno, nunca, porque causan ambigüedad.

- 11) Palabras como solamente, justamente, simplemente, etc. deben utilizarse con cuidado y moderación en la redacción de declaraciones.
- 12) Las declaraciones deben ser siempre frases sencillas, sin - - cláusulas dependientes.
- 13) Evitar el uso de palabras que puedan no ser comprendidas y - presentarse a equívocos.
- 14) Evitar el uso de la doble negación. (57)

2.11 OBTENCION, FORMULACION Y CONSISTENCIA DE LA PRUEBA.

Se formularon una serie de declaraciones relacionadas con los conceptos en cuestión: alcohol, alcoholismo y alcohólico. Estas declaraciones se estructuraron de la siguientes manera:

- a) 13 declaraciones con la palabra alcohol y formuladas con una orientación positiva. Estas son:
- 1) Para mantener el sano esparcimiento y la diversión es necesario el alcohol.
 - 2) El alcohol posee enormes cualidades alimenticias.
 - 3) El alcohol es un medio para escapar del temor y la angustia.
 - 4) Para quitar la timidez y ayudar a estar alegre es necesario el alcohol.
 - 5) El alcohol proporciona las fuerzas necesarias para enfrentar los problemas de cada día.
 - 6) El alcohol contribuye a crear nuevas amistades.
 - 7) Una fiesta sin bebidas alcohólicas es una fiesta aburrida.
 - 8) Se deberían fabricar bebidas alcohólicas en mayor cantidad y calidad.
 - 9) Los mejores negocios se cierran bajo los efectos del alcohol.
 - 10) El alcohol hace menos difíciles los momentos de abandono y soledad.
 - 11) Para obtener placer y descanso a la intranquilidad es necesario el alcohol.
 - 12) El beber alcohol permite a las personas sentirse sexualmente estimuladas.
 - 13) La comunicación resulta favorecida por las bebidas alcohólicas.

b) 9 declaraciones con la palabra alcohol y formuladas con una - - orientación negativa. Estas son:

- 1) El alcohol, bebido en exceso, propicia los accidentes, la in validez y la muerte.
- 2) El alcohol es el causante de la mayor parte de las riñas familiares y los divorcios.
- 3) El alcohol es un instrumento de muerte.
- 4) El alcohol es un veneno que mata lentamente.
- 5) Beber alcohol en exceso provoca daños físicos y mentales.
- 6) Cuando el alcohol "se sube a la cabeza" domina al individuo.
- 7) El alcohol es una droga que afecta el comportamiento de quie nes lo consumen.
- 8) Las capacidades de los individuos disminuyen por causa del - alcohol.
- 9) La mayor parte de los accidentes automovilísticos son provocados directa o indirectamente por el alcohol.

c) 9 declaraciones con la palabra alcoholismo y formuladas con una orientación positiva. Estas son:

- 1) Para olvidar las penas es útil el alcoholismo.
- 2) El alcoholismo es un refugio para los incomprensidos.
- 3) El alcoholismo permite un "escape" necesario en la sociedad.
- 4) El actual sistema de vida en nuestra sociedad hace que el al coholicismo aumente.
- 5) Un refugio para escapar de situaciones desagradables es el - alcoholismo.
- 6) El alcoholismo es un mal social necesario.
- 7) El alcoholismo es una forma de solución a los problemas y te mores internos.

- 8) El alcoholismo es una forma de suicidio, una puerta de salida para problemas sin solución.
 - 9) El alcoholismo es un medio para huir de la dolorosa realidad.
- d) 11 declaraciones con la palabra alcoholismo y formuladas con una orientación negativa. Estas son:
- 1) El alcoholismo puede ser instrumento de ruina y de muerte.
 - 2) El alcoholismo se origina en una forma de ser irresponsable.
 - 3) El alcoholismo propicia la pérdida de valores.
 - 4) El alcoholismo es un elemento que separa a la familia.
 - 5) El alcoholismo es una desagradable enfermedad.
 - 6) Numerosos hogares se han sumido en la amargura y desesperación debido al alcoholismo.
 - 7) La causa del subdesarrollo económico, político y educativo de nuestro país es, en parte, el alcoholismo.
 - 8) El alcoholismo empobrece el entendimiento y favorece las disputas.
 - 9) Un factor que impide el desarrollo económico de nuestro país es el alcoholismo.
 - 10) El derroche del dinero y los bienes familiares son propiciados por el alcoholismo.
 - 11) La debilidad del carácter y la falta de fuerza de voluntad provocan el alcoholismo.
- e) 10 declaraciones con la palabra alcohólico y formuladas con una orientación positiva.
- 1) El alcohólico es feliz a su manera.
 - 2) Se debe dar afecto a los alcohólicos.
 - 3) Es necesario comprender y respetar a las personas alcohólicas.

- 4) Es necesario crear clínicas especializadas para atender enfermos alcohólicos.
 - 5) Nadie debería rechazar a los alcohólicos.
 - 6) Cualquier alcohólico merece ser respetado como individuo en nuestra sociedad.
 - 7) El alcohólico bebe para disminuir las angustias y las tensiones de la vida diaria.
 - 8) El alcohólico es un enfermo al que se debe cuidar y atender debidamente.
 - 9) Como ciudadano, el alcohólico debe exigir sus derechos.
 - 10) El alcohólico rehabilitado es útil desde el momento en que se integra nuevamente a la sociedad.
- f) 10 declaraciones con la palabra alcohólico y formuladas con una orientación negativa. Estas son:
- 1) Por su forma de ser, es difícil que los alcohólicos logren mantener "amigos verdaderos".
 - 2) Los alcohólicos son personas necesitadas de amor.
 - 3) Los alcohólicos son personas resentidas y frustradas.
 - 4) El tener un alcohólico en casa es motivo de vergüenza.
 - 5) Por embriagarse en casa resultan hijos alcohólicos.
 - 6) Deberían dar de baja en sus trabajos a todos los alcohólicos.
 - 7) Es necesaria la creación de leyes o reglamentos para detener el elevado número de alcohólicos en nuestro país.
 - 8) Deberían desaparecer del planeta todos los alcohólicos.
 - 9) Los alcohólicos son una carga para la sociedad.
 - 10) Los alcohólicos no son buenos esposos.

Se obtuvo un total de 62 reactivos.

Este cuestionario que se elaboró para medir la actitud social hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos requería tener consistencia interna, por lo que se siguieron los pasos que a continuación se mencionan.

Se elaboraron 70 tarjetas en las cuales se escribió un reactivo por tarjeta para que se pudieran separar en positivas y negativas por 30 jueces, siendo estos psicólogos, psiquiatras y médicos que laboran en la Clínica DIF de Neuropsiquiatría ubicada en el Boulevard Adolfo López Mateos. A estos jueces se les dió en primer lugar dos tarjetas en donde estaba por escrito el significado de las dos orientaciones antes mencionadas. Ya que estuviera aclarado lo que se pretendía que hicieran, se les dió el grupo de tarjetas que tenían la palabra alcohol para que clasificaran cada una de ellas en la orientación que mejor les parecía; lo mismo se hizo con el grupo de tarjetas que tenían la palabra alcoholismo y las de alcohólico.

Para poder ser incluidos los reactivos en la escala final, fue necesario que el 75% o más de los jueces estuvieran de acuerdo con la orientación inicial del reactivo, y si no era así, éste sería eliminado. Por medio de los siguientes cuadros se podrá observar con mayor claridad el número de reactivos que sí tuvieron el acuerdo del 75% o más de los jueces.

	alcohol	alcoholismo	alcohólico
+	13	9	10
-	9	11	10

Cuadro No. 1. Número de reactivos formulados originalmente.

	alcohol	alcoholismo	alcohólico
+	10	2	6
-	9	8	8

Cuadro No. 2. Reactivos que cumplieron con el 75% de acuerdos.

Estos reactivos son los siguientes:

ol +	ol -	ismo +	ismo -	ico +	ico -
1	1	5	1	1	1
2	2	7	3	2	3
4	3		4	3	4
5	4		5	4	5
6	5		6	8	6
9	6		8	10	8
10	7		9		9
11	8		10		10
12	9				
13					

El número total de reactivos que cumplieron con el 75% o más del - acuerdo de los jueces fue de 44. El reactivo 8 había sido formula- do originalmente como positivo con respecto al alcoholismo, sin em- bargo, 25 de los 30 jueces que corresponden al 83.3% lo considera- ron negativo, por lo que pasó a formar parte de esta última orienta- ción.

2.12 ESCALA DEFINITIVA.

1.- Por su forma de ser, es difícil que los alcohólicos logren man tener "amigos verdaderos".

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

2.- El alcoholismo puede ser instrumento de ruina y de muerte.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

3.- Para mantener el sano esparcimiento y la diversión es necesario el alcohol.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

4.- El alcohol posee enormes cualidades alimenticias.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

5.- El alcohólico es feliz a su manera.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

6.- Los alcohólicos son personas resentidas y frustradas.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

7.- El alcohol, bebido en exceso, propicia los accidentes, la invalidez y la muerte.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

8.- El alcoholismo propicia la pérdida de valores.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

9.- El alcoholismo es un elemento que separa a la familia.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

10.- El tener un alcohólico en casa es motivo de vergüenza.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

11.- El alcoholismo es una desagradable enfermedad.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

12.- Para quitar la timidez y ayudar a estar alegre es necesario el alcohol.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

13.- Se debe dar afecto a los alcohólicos.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

14.- Por embriagarse en casa resultan hijos alcohólicos.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

15.- El alcohol proporciona las fuerzas necesarias para enfrentar los problemas de cada día.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

16.- Numerosos hogares se han sumido en la amargura y desesperación debido al alcoholismo.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

17.- Es necesario comprender y respetar a las personas alcohólicas.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

18.- Un refugio para escapar de situaciones desagradables es el alcoholismo.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

19.- Es necesario crear clínicas especializadas para atender enfermos alcohólicos.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

20.- El alcohol contribuye a crear nuevas amistades.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

- 21.- El alcohol es el causante de la mayor parte de las riñas familiares y los divorcios.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 22.- El alcohol es un instrumento de muerte.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 23.- Deberían dar de baja en sus trabajos a todos los alcohólicos.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 24.- El alcoholismo empobrece el entendimiento y favorece las disputas.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 25.- Deberían desaparecer del planeta todos los alcohólicos.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 26.- Los alcohólicos son una carga para la sociedad.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 27.- El alcohol es un veneno que mata lentamente.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()

- 28.- El alcoholismo es una forma de solución a los problemas y temores internos.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 29.- Beber alcohol en exceso provoca daños físicos y mentales.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 30.- Cuando el alcohol "se sube a la cabeza" domina al individuo.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 31.- El alcohólico es un enfermo al que se debe cuidar y atender debidamente.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 32.- Los alcohólicos no son buenos esposos.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 33.- Los mejores negocios se cierran bajo los efectos del alcohol.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 34.- Un factor que impide el desarrollo económico de nuestro país es el alcoholismo.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()

- 35.- El alcohol hace menos difíciles los momentos de abandono y soledad.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 36.- El alcohol es una droga que afecta el comportamiento de quienes lo consumen.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 37.- Para obtener placer y descanso a la intranquilidad es necesario el alcohol.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 38.- Las capacidades de los individuos disminuyen por causa del alcohol.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 39.- El alcoholismo es una forma de suicidio, una puerta de salida para problemas sin solución.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()
- 40.- El alcohólico rehabilitado es útil desde el momento en que se integra nuevamente a la sociedad.
- a) Totalmente de acuerdo ()
 - b) De acuerdo ()
 - c) Indeciso ()
 - d) En desacuerdo ()
 - e) Totalmente en desacuerdo ()

41.- El beber alcohol permite a las personas sentirse sexualmente estimuladas.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

42.- La mayor parte de los accidentes automovilísticos son provocados directa o indirectamente por el alcohol.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

43.- El derroche del dinero y los bienes familiares son propiciados por el alcoholismo.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

44.- La comunicación resulta favorecida por las bebidas alcohólicas.

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Indeciso ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

2.13 ESCALA DE HAVIGHURST PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONOMICO.

El procedimiento consiste en establecer una escala de 6 ocupaciones, partiendo desde el nivel más alto hasta el más bajo, considerando cada nivel en forma específica para cada país, y una escala de 6 grados de educación (escolaridad), que va desde la más alta hasta la más baja.

Niveles de ocupación con ejemplos:

Nivel 1: profesional: doctor, abogado, etc., magnate industrial, - de negocios, ministros y subsecretarios de gobierno.

Nivel 2: industrial (término medio), hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador - público, director de alguna oficina.

Nivel 3: empleado bancario, empleado burócrata en la oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado.

Nivel 4: carpintero, mecánico, sastre, plomero, electricista, policía bancario, agente de tránsito.

Nivel 5: obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (excep- tuando al dueño que estaría en el nivel 3), policía.

Nivel 6: barrendero, portero, soldado raso.

Los niveles de educación son:

Nivel 1: título universitario, o dos o más años de carrera univer- sitaria.

Nivel 2: preparatoria completa, escuela normal para maestros o su equivalente.

Nivel 3: secundaria completa o su equivalente.

Nivel 4: uno o dos años de secundaria o su equivalente.

Nivel 5: primaria completa.

Nivel 6: primaria incompleta.

Cada nivel de educación se multiplica por dos y cada nivel de ocupación por tres, al sumarse producen una calificación compuesta - que representa el nivel socioeconómico para el individuo y su familia. De manera que si, por ejemplo, una persona tiene el más alto grado de ocupación, su rango es uno y recibe 1×3 , que serían 3 - puntos. Si también tiene el más alto grado de educación, su rango es uno, recibe 1×2 , 2 puntos. $2 + 3$ da una calificación socioeconómica que es 5.

Componentes de la Escala del Nivel Socioeconómico.

Cuando los pesos de los componentes de una escala de nivel socioeconómico estén determinadas apropiadamente, su distribución produce la tabla siguiente. Como se ve en ella, se da al padre o a la persona considerada como cabeza de la familia, un puntaje de 3 para cada posición en la escala de ocupación y un peso de 2 para su posición en la escala de educación. En consecuencia, la escala de nivel socioeconómico va de 5 (alto) a 30 (bajo). En la suma de las puntuaciones se indica la clase social. (58)

Escalas de ocupación.	Escalas de educación.	Puntuación de nivel socioeconómico	Clase social
1	1	5	
1	2	7	Media alta
2	1	8	y
2	2	10	Alta.
2	3	12	

Escalas de ocupación.	Escalas de educación.	Puntuación de nivel socioeconómico	Clase social
3	2	13	
2	4	14	Media
3	3	15	baja.
3	5	19	
4	4	20	
4	5	22	Alta
5	4	23	traba-
4	6	24	jadora.
5	5	25	
6	4	26	Baja
6	5	28	traba-
6	6	30	jadora.

Cuadro No. 3. Escalas para determinar nivel socioeconómico.

En la siguiente página se encuentra la escala de Havighurst, tal y como se les presentó a los 150 sujetos de los grupos muestra.

NOMBRE COMPLETO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

EDAD EN AÑOS _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

QUIEN SOSTIENE A TU FAMILIA? _____

HASTA QUE AÑO DE ESTUDIOS LLEGO ESTA PERSONA? PON UNA CRUZ ARRIBA DEL AÑO QUE HAYA COMPLETADO.

ESCUELA PRIMARIA _____
1 2 3 4 5 6

ESCUELA SECUNDARIA _____
1 2 3

ESCUELA PREPARATORIA O VOCACIONAL _____
1 2 3

UNIVERSIDAD _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9

ESCUELA NORMAL, TECNICA O ACADEMIA DE COMERCIO _____
1 2 3 4

OTRAS ESCUELAS O ESTUDIOS _____

OCCUPACION DE LA PERSONA QUE SOSTIENE A LA FAMILIA. CUAL ES LA OCCUPACION DE ESTA PERSONA? _____

EN DONDE TRABAJA ESTA PERSONA? _____

QUE ES LO QUE HACE ESTA PERSONA EN SU TRABAJO? _____

EDUCACION DE LA MADRE: HASTA QUE AÑO LLEGO TU MAMA EN SUS ESTUDIOS. PON UNA CRUZ QUE INDIQUE EL ULTIMO AÑO QUE HAYA COMPLETADO.

ESCUELA PRIMARIA _____
1 2 3 4 5 6

ESCUELA SECUNDARIA _____
1 2 3

ESCUELA PREPARATORIA O VOCACIONAL _____
1 2 3

UNIVERSIDAD _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9

ESCUELA NORMAL, TECNICA O ACADEMIA DE COMERCIO _____
1 2 3 4

OTRAS ESCUELAS O ESTUDIOS _____

OCCUPACION DE LA MADRE. CUAL ES LA OCCUPACION DE TU MAMA? _____

EN DONDE TRABAJA TU MAMA? _____

QUE ES LO QUE HACE TU MAMA EN SU TRABAJO? _____

2.14 ESCALA DE CLASIFICACION PARA OBTENER LOS GRUPOS MUESTRA 1, 2
Y 5.

El cuestionario que a continuación se presenta, se utilizó para detectar a las personas que pudieran formar parte de los grupos de - alcohólicos activos, familiares de alcohólicos activos y grupo control.

El primero de estos grupos, tuvo que haber contestado la segunda - parte de dicho cuestionario, y era necesario que por lo menos tres de estas preguntas fueran contestadas positivamente, para que así pudiera considerarse un alcohólico activo.

El segundo grupo tuvo que contestar la primera parte y así poder - saber el tipo de parentesco que guarda con el enfermo y ver si - - realmente este padece de alcoholismo, siendo igualmente necesarias por lo menos tres respuestas contestadas positivamente.

El grupo control requirió llenar todo el cuestionario y ver que no tenía familiares alcohólicos, ya fuera en tratamiento o en actividad, ni que este mismo fuera alcohólico en tratamiento o en actividad.

En la siguiente página se presenta dicho cuestionario.

- 1.- Tiene algún familiar que presenta actualmente problemas en su forma de beber? SI () NO ()
 - 2.- Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de parentesco tiene?
esposo () hijo () padre () otros ()
esposa () hija () madre ()
 - 3.- Vive con esta persona bajo el mismo techo? SI () NO ()
 - 4.- Pierde parte de su tiempo de trabajo debido a la bebida? SI () NO ()
 - 5.- Causa la bebida desdichas en la vida de su hogar? SI () NO ()
 - 6.- Está la bebida afectando su reputación? SI () NO ()
 - 7.- Ha tenido gran remordimiento después de una borrachera? SI () NO ()
 - 8.- Se ha visto en apuros de dinero debido a la bebida? SI () NO ()
 - 9.- Apetece un trago a ciertas horas del día? SI () NO ()
 - 10.- Le causa dificultad la bebida para dormir? SI () NO ()
 - 11.- Bebe solo? SI () NO ()
 - 12.- Ha perdido completamente la memoria en ciertos momentos debido a la bebida? SI () NO ()
 - 13.- Ha tenido que verse alguna vez con un médico por motivo de la bebida? SI () NO ()
-
- 1.- He tenido problemas por mi forma de beber? SI () NO ()
 - 2.- Pierdo parte de mi tiempo de trabajo debido a la bebida? SI () NO ()
 - 3.- Causa la bebida desdichas en la vida de mi hogar? SI () NO ()
 - 4.- Está la bebida afectando mi reputación? SI () NO ()
 - 5.- He tenido gran remordimiento después de una borrachera? SI () NO ()
 - 6.- Me he visto en apuros de dinero debido a la bebida? SI () NO ()
 - 7.- Apetezco un trago a ciertas horas del día? SI () NO ()
 - 8.- Me cause dificultad la bebida para dormir? SI () NO ()
 - 9.- Bebo solo? SI () NO ()
 - 10.- He perdido completamente la memoria en ciertos momentos debido a la bebida? SI () NO ()
 - 11.- He tenido que verme alguna vez con un médico por motivo de la bebida? SI () NO ()

CITAS DEL CAPITULO DOS.

- 54 Velasco Fernández, Rafael. "El alcoholismo como enfermedad". Apuntes para el III Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Guadalajara, Jal., Nov. 22 de 1980.
- 55 Curtis, J. H. Social Psychology. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1956, p.p. 185-186.
- 56 Martínez Cháidez, Mateo. Construcción de una escala de actitud hacia la actual distribución de la riqueza en México. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología, Universidad Iberoamericana, México D. F., 1977, p.p. 49-51.
- 57 ibid, p.p. 79-80.
- 58 Lichtszajn Skrumny, José León. Correlatos clínicos y socio-culturales de la actitud hacia la muerte en un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, U.N.A.M., 1979, p.p. 108-114.

CAPITULO TRES.- RESULTADOS Y ANALISIS

Al ser manejados los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios a los cinco grupos muestra por medio de un análisis de varianza y tomando como parámetro un nivel de significancia ≤ 0.05 y un intervalo de confianza de $1-\alpha \geq 95\%$, se obtuvo:

- 1) Con respecto a los resultados de los cinco grupos muestra ante los tres conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico fueron: - prueba $F=1.414$ con un nivel de significancia de 0.232 lo que implica un intervalo de confianza de $1-\alpha=76.8\%$.
- 2) Con respecto a los resultados de los cinco grupos muestra ante el concepto alcohol fueron: prueba $F=1.454$ con un nivel de significancia de 0.219 lo que implica un intervalo de confianza de $1-\alpha=78.1\%$.
- 3) Con respecto a los resultados de los cinco grupos muestra ante el concepto alcoholismo fueron: prueba $F=1.901$ con un nivel de significancia de 0.113 lo que implica un intervalo de confianza de $1-\alpha=88.7\%$.
- 4) Con respecto a los resultados de los cinco grupos muestra ante el concepto alcohólico fueron: prueba $F= 2.750$ con un nivel de significancia de 0.030 lo que implica un intervalo de confianza de $1-\alpha=97\%$.

Para un mejor análisis y entendimiento de los resultados se presentan a continuación los cuadros que muestran la frecuencia de respuestas de cada uno de los grupos muestra ante cada uno de los conceptos. Para esto es necesario aclarar que las cinco opciones de respuesta que tuvieron los sujetos en cada reactivo se numeraron según la orientación de éste, es decir:

positivos		negativos
4	a	0
3	b	1
2	c	2
1	d	3
0	e	4

El número cuatro significa, tanto en los reactivos positivos como - en los negativos, el estar completamente de acuerdo y el cero significa el estar completamente en desacuerdo con el reactivo.

Concepto: alcohol.

	1	2	4	5	6	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	16	17	12	11	4	8	9	13	7	8	21	16	22	26	28	14	20	21	15	Grupo
1	6	4	4	11	10	5	3	11	7	8	7	9	8	4	2	10	8	8	13	Expe-
2	3	2	5	1	5	5	2	2	5	3	0	2	0	0	0	1	1	1	2	rimen
3	3	4	7	3	8	7	10	3	7	10	1	2	0	0	0	2	1	0	0	tal -
4	2	3	2	4	3	5	6	1	4	1	1	1	0	0	0	3	0	0	0	No. 1
0	19	19	15	16	7	11	19	21	11	12	27	18	25	25	24	21	24	20	16	Grupo
1	9	6	11	8	4	3	3	5	2	5	3	11	5	4	5	6	4	7	10	Expe-
2	1	2	1	1	4	2	3	3	9	3	0	1	0	0	0	0	0	0	3	rimen
3	1	1	2	2	9	8	2	0	5	3	0	0	0	0	0	1	0	2	1	tal -
4	0	2	1	3	6	6	3	1	3	7	0	0	0	1	1	2	2	1	0	No. 2
0	18	18	12	16	6	12	10	20	5	11	25	24	27	25	29	24	26	24	23	Grupo
1	6	9	8	11	8	8	7	5	5	7	5	4	2	3	1	5	4	4	5	Expe-
2	1	1	1	1	3	3	2	1	4	3	0	1	0	1	0	0	0	0	2	rimen
3	1	1	1	0	5	2	5	1	6	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	tal -
4	4	1	8	2	8	5	6	3	10	7	0	0	1	1	0	1	0	1	0	No. 3
0	17	18	9	8	4	6	8	12	6	7	27	24	27	26	27	23	22	23	21	Grupo
1	6	8	4	11	11	6	5	9	3	8	2	5	3	4	3	5	5	7	8	Expe-
2	2	2	1	4	3	3	1	1	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	rimen
3	3	0	6	5	8	7	7	7	6	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	tal -
4	2	2	10	2	4	8	9	1	8	2	0	0	0	0	0	2	3	0	0	No. 4
0	18	13	10	13	8	5	14	13	4	6	13	8	13	20	22	12	17	13	11	Grupo
1	9	12	17	13	10	10	12	16	8	16	15	13	16	9	8	14	13	14	15	Expe-
2	2	4	1	3	1	4	3	1	11	2	1	4	0	0	0	0	0	1	3	rimen
3	0	1	2	1	11	9	1	0	6	6	0	5	1	0	0	3	0	0	1	tal -
4	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	No. 5

POSITIVOS

NEGATIVOS

Concepto: alcohol.

	POSITIVOS	%	NEGATIVOS	%	TOTAL	%	
0	105	35	183	67.7	288	50.5	Grupo
1	69	23	69	25.5	138	24.2	Expe-
2	33	11	7	2.5	40	7	rimen
3	62	20.6	6	2.2	68	11.9	tal -
4	31	10.3	5	1.8	36	6.3	No. 1
	<u>300</u>	<u>99.9</u>	<u>270</u>	<u>99.7</u>	<u>570</u>	<u>99.9</u>	
0	150	50	200	74	350	61.4	Grupo
1	56	18.6	55	20.3	111	19.4	Expe-
2	29	9.6	4	1.4	33	5.7	rimen
3	33	11	4	1.4	37	6.4	tal -
4	32	10.6	7	2.5	39	6.8	No. 2
	<u>300</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.6</u>	<u>570</u>	<u>99.7</u>	
0	128	42.6	227	84	355	62.2	Grupo
1	74	24.6	33	12.2	107	18.7	Expe-
2	20	6.6	4	1.4	24	4.2	rimen
3	24	8	2	0.7	26	4.5	tal -
4	54	18	4	1.4	58	10.1	No. 3
	<u>300</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.7</u>	<u>570</u>	<u>99.7</u>	
0	95	31.6	220	81.4	315	55.2	Grupo
1	71	23.6	42	15.5	113	19.8	Expe-
2	27	9	1	0.3	28	4.9	rimen
3	59	19.6	2	0.7	61	10.7	tal -
4	48	16	5	1.8	53	9.2	No. 4
	<u>300</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.7</u>	<u>570</u>	<u>99.8</u>	
0	104	34.6	129	47.7	233	40.8	Grupo
1	123	41	117	43.3	240	42.1	Expe-
2	32	10.6	9	3.3	41	7.1	rimen
3	37	12.3	10	3.7	47	8.2	tal -
4	4	1.3	5	1.8	9	1.5	No. 5
	<u>300</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.8</u>	<u>570</u>	<u>99.7</u>	

Concepto: alcoholismo.

	5	7	1	3	4	5	6	8	9	10	12
0	6	12	27	18	20	22	23	16	15	24	12
1	6	5	3	11	6	8	7	10	10	5	7
2	1	4	0	1	2	0	0	2	2	1	4
3	11	4	0	0	2	0	0	2	2	0	2
4	6	5	0	0	0	0	0	0	1	0	5

Grupo Experimental
No. 1

0	10	17	27	20	24	20	23	25	16	23	15
1	8	6	2	3	4	5	5	4	9	4	4
2	3	0	0	2	1	0	0	1	1	0	2
3	6	2	0	2	0	1	0	0	2	0	2
4	3	5	1	3	1	4	2	0	2	3	7

Grupo Experimental
No. 2

0	5	19	24	25	22	22	26	23	20	24	20
1	4	5	4	4	7	4	4	6	6	6	5
2	3	1	1	0	1	0	0	0	3	0	0
3	5	0	0	1	0	3	0	1	0	0	4
4	13	5	1	0	0	1	0	0	1	0	1

Grupo Experimental
No. 3

0	3	8	26	21	25	24	23	27	22	27	21
1	3	8	3	7	5	4	3	3	7	3	7
2	3	4	0	1	0	0	1	0	0	0	1
3	10	5	0	1	0	0	0	0	1	0	0
4	11	5	1	0	0	2	3	0	0	0	1

Grupo Experimental
No. 4

0	6	12	24	15	14	11	16	10	9	12	7
1	13	12	6	13	13	18	13	16	13	16	10
2	3	2	0	0	2	0	0	2	3	2	3
3	5	3	0	1	1	1	0	1	4	0	6
4	3	1	0	1	0	0	1	1	1	0	4

Grupo Experimental
No. 5

Concepto: alcoholismo.

	POSITIVOS	%	NEGATIVOS	%	TOTAL	%	
0	18	30	177	65.5	195	59	Grupo
1	11	18.3	67	24.8	78	23.6	Expe-
2	5	8.3	12	4.4	17	5.1	rimen
3	15	25	8	2.9	23	6.9	tal -
4	11	18.3	6	2.2	17	5.1	No. 1
	<u>60</u>	<u>99.9</u>	<u>270</u>	<u>99.8</u>	<u>330</u>	<u>99.7</u>	
0	27	45	193	71.4	220	66.6	Grupo
1	14	23.3	40	14.8	54	16.3	Expe-
2	3	5	7	2.5	10	3	rimen
3	8	13.3	7	2.5	15	4.6	tal -
4	8	13.3	23	8.5	31	9.3	No. 2
	<u>60</u>	<u>99.9</u>	<u>270</u>	<u>99.7</u>	<u>330</u>	<u>99.8</u>	
0	24	40	206	76.2	230	69.6	Grupo
1	9	15	46	17	55	16.6	Expe-
2	4	6.6	5	1.8	9	2.9	rimen
3	5	8.3	9	3.3	14	4.2	tal -
4	18	30	4	1.4	22	6.6	No. 3
	<u>60</u>	<u>99.9</u>	<u>270</u>	<u>99.7</u>	<u>330</u>	<u>99.9</u>	
0	11	18.3	216	80	227	68.7	Grupo
1	11	18.3	42	15.5	53	16	Expe-
2	7	11.6	3	1.1	10	3	rimen
3	15	25	2	0.7	17	5.1	tal -
4	16	26.6	7	2.5	23	6.9	No. 4
	<u>60</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.8</u>	<u>330</u>	<u>99.7</u>	
0	18	30	118	43.7	136	41.2	Grupo
1	25	41.6	118	43.7	143	43.3	Expe-
2	5	8.3	12	4.4	17	5.1	rimen
3	8	13.3	14	5.1	22	6.6	tal -
4	4	6.6	8	2.9	12	3.6	No. 5
	<u>60</u>	<u>99.8</u>	<u>270</u>	<u>99.8</u>	<u>330</u>	<u>99.8</u>	

Concepto: alcohólico.

	1	2	3	4	8	10	1	3	4	5	6	8	9	10	
0	5	3	0	0	0	1	12	8	11	9	5	6	15	10	Grupo Ex
1	3	1	1	0	0	0	5	12	7	9	2	4	10	7	perimen-
2	5	3	7	0	0	2	5	5	6	8	9	8	2	5	tal No. 1
3	11	11	7	7	9	7	4	3	4	3	11	8	2	5	
4	6	12	15	23	21	20	4	2	2	1	3	4	1	3	
0	5	0	2	0	0	1	13	11	3	12	3	5	11	7	Grupo Ex
1	1	1	1	0	0	1	5	7	6	9	3	5	7	4	perimen-
2	5	3	3	0	0	2	1	3	7	1	6	5	2	10	tal No. 2
3	8	7	5	3	8	4	6	6	7	4	11	5	7	5	
4	11	19	19	27	22	22	5	3	7	4	7	10	3	4	
0	4	2	2	4	6	2	17	16	13	13	3	2	21	14	Grupo Ex
1	3	2	2	2	0	0	4	6	6	8	2	2	6	5	perimen-
2	2	1	0	1	1	0	1	3	0	1	2	4	0	6	tal No. 3
3	4	6	10	7	6	3	3	3	6	4	11	9	1	3	
4	17	19	16	16	17	25	5	2	5	4	12	13	2	2	
0	3	0	0	0	1	0	16	21	3	17	5	2	19	9	Grupo Ex
1	3	0	0	2	0	0	8	8	8	7	3	0	8	9	perimen-
2	3	0	1	2	1	2	1	0	0	1	3	3	1	3	tal No. 4
3	14	5	4	8	6	8	2	1	9	4	9	11	1	5	
4	7	25	25	18	22	20	3	0	10	1	10	14	1	4	
0	3	0	0	0	0	2	8	6	1	4	1	3	6	9	Grupo Ex
1	7	2	2	0	1	3	11	17	3	9	3	4	9	11	perimen-
2	5	2	2	0	1	0	3	4	1	4	8	3	7	5	tal No. 5
3	11	14	15	9	15	13	6	3	18	10	13	15	6	4	
4	4	12	11	21	13	12	2	0	7	3	5	5	2	1	

Concepto: alcohólico.

	POSITIVOS	%	NEGATIVOS	%	TOTAL	%	
0	9	5	76	31.6	85	20.2	Grupo
1	5	2.7	56	23.3	61	14.5	Expe-
2	17	9.4	48	20	65	15.4	rimen
3	52	28.8	40	16.6	92	21.9	tal -
4	97	53.8	20	8.3	117	27.8	No. 1
	<u>180</u>	<u>99.7</u>	<u>240</u>	<u>99.8</u>	<u>420</u>	<u>99.8</u>	
0	8	4.4	65	27	73	17.3	Grupo
1	4	2.2	46	19.1	50	11.9	Expe-
2	13	7.2	35	14.5	48	11.4	rimen
3	35	19.4	51	21.2	86	20.4	tal -
4	120	66.6	43	17.9	163	38.8	No. 2
	<u>180</u>	<u>99.8</u>	<u>240</u>	<u>99.7</u>	<u>420</u>	<u>99.8</u>	
0	20	11.1	99	41.2	119	28.3	Grupo
1	9	5	39	16.2	48	11.4	Expe-
2	5	2.7	17	7	22	5.2	rimen
3	36	20	40	16.6	76	18	tal -
4	110	61.1	45	18.7	155	36.9	No. 3
	<u>180</u>	<u>99.9</u>	<u>240</u>	<u>99.7</u>	<u>420</u>	<u>99.8</u>	
0	4	2.2	92	38.3	96	22.8	Grupo
1	5	2.7	51	21.2	56	13.3	Expe-
2	9	5	12	5	21	5	rimen
3	45	25	42	17.5	87	20.7	tal -
4	117	65	43	17.9	160	38	No. 4
	<u>180</u>	<u>99.9</u>	<u>240</u>	<u>99.9</u>	<u>420</u>	<u>99.8</u>	
0	5	2.7	38	15.8	43	10.2	Grupo
1	15	8.3	67	27.9	82	19.5	Expe-
2	10	5.5	35	14.5	45	10.7	rimen
3	77	42.7	75	31.2	152	36.1	tal -
4	73	40.5	25	10.4	98	23.3	No. 5
	<u>180</u>	<u>99.7</u>	<u>240</u>	<u>99.8</u>	<u>420</u>	<u>99.8</u>	

CONCLUSIONES

De los resultados antes mencionados y tomando en consideración que para que las hipótesis alternas puedan ser aceptadas deben tener un nivel de significancia ≤ 0.05 y un intervalo de confianza de $1-\alpha \geq 95\%$, podemos concluir lo siguiente:

- 1) Al no encontrarse diferencias significativas entre los cinco grupos muestra ante los tres conceptos, se corrobora el planteamiento original que presupone escasa información a nivel social sobre el tema del alcoholismo, pues se comprende que un público sin información es incapaz de opinar sobre algo y, si lo hace, no fundamenta su opinión o ésta se encuentra viciada o prejuiciada, pudiendo haber provocado esto últimas reacciones emocionales de evasión o de rechazo ante el instrumento de medida utilizado.
- 2) No se encontraron tampoco diferencias significativas en las respuestas de los cinco grupos muestra hacia el concepto alcohol, por lo que se puede agregar a lo explicado en el punto anterior el hecho de que este concepto en particular provoca confusión con respecto a los beneficios o perjuicios que su uso puede devenir, pues indistintamente se le ha conocido desde épocas remotas como un auxiliar terapéutico de efectos saludables o bien como sustancia sumamente peligrosa y dañina para la salud.
- 3) De la misma manera no se obtuvieron diferencias significativas en las respuestas de los cinco grupos muestra hacia el concepto alcoholismo por las razones descritas en los puntos anteriores, sobre todo la que se refiere a la escasa información a nivel social sobre este problema que contrasta con la enorme pu-

blicidad, que también es información, que se hace a las bebidas alcohólicas con la "cara bonita de la moneda".

- 4) A diferencia de los puntos anteriores, las respuestas de los cinco grupos muestra ante el concepto alcohólico mostraron ser significativamente diferentes, lo cual obviamente está implicando un tipo de respuesta social diferente a la emitida ante los otros dos conceptos-estímulo utilizados.

Esto también ratifica nuestro segundo planteamiento original - que explica que el enfermo alcohólico proyecta una imagen muy negativa que lo estigmatiza, dadas las características de la etapa crónica de la enfermedad en la que el paciente presta es poca atención a su aseo personal y a las normas socialmente es tablecidas pues se muestra sucio, desaliñado, apático, holgazán, pendenciero, mentiroso, despilfarrado, malhablado, etc., etc. lo que provoca el abierto rechazo de la sociedad lo cual, desde nuestro punto de vista, explica la resistencia del paciente alcohólico a reconocer su padecimiento y a enfrentarlo y resolverlo de la misma manera como se enfrenta y resuelve cualquier otro tipo de enfermedad grave.

Asimismo, la diferencia significativa observada hacia este concepto puede deberse a que los grupos de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon tengan una actitud diferente hacia estos enfermos debido a que poseen una información más amplia acerca de la enfermedad y de las consecuencias que significa el padecerla.

DISCUSION

En el proceso de elaboración de la escala utilizada en la presente investigación nos enfrentamos a una serie de limitaciones de las - que mencionaremos las más importantes a continuación.

En primer lugar, en relación a la forma de obtener los sujetos en la etapa de aplicación de la escala definitiva, tuvimos que resolver el problema de la escasez de individuos dispuestos a colaborar en forma libre y espontánea dadas las características del problema a investigar. Varias personas al conocer el tema de la investigación tendieron a evadir la responsabilidad de responder el cuestionario, sobre todo en el grupo de alcohólicos activos en el cual se observó una evidente resistencia a participar. Debido a esta circunstancia disminuyeron las posibilidades de hacer una selección - más legítima de las muestras en relación a variables tales como ni vel socioeconómico, edad y sexo, utilizando el material humano más a disposición. Por ejemplo, hubo muy poca dispersión en los grupos 1, 3 y 4 respecto al sexo de la muestra, ya que en los dos primeros mencionados el 100% de los sujetos fueron hombres, mientras que en el grupo 4 el 100% fueron mujeres. Esto se debe normalmente a que la represión social es mayor hacia la mujer por lo que di fícilmente se encuentran personas de sexo femenino que reconozcan su padecimiento o que se encuentren en rehabilitación en centros - terapéuticos ya que, incluso, los propios familiares prefieren mantenerlos en el anonimato. Asimismo, en los grupos de Alcohólicos Anónimos predominan los varones y en los grupos de Al-Anon la predominancia es de las mujeres.

De la misma manera, se nos hizo evidente en el transcurso de la in

investigación la dificultad de definir operacionalmente las actitudes sociales involucradas (positivas y negativas) y, por lo tanto, de cuantificarlas, por lo que nos vimos en la necesidad de plantear las hipótesis en base únicamente a diferencias significativas.

Por lo tanto, dadas las circunstancias antes mencionadas tuvimos que conformarnos con hacer un manejo global de los cinco grupos muestra ante los conceptos alcohol, alcoholismo y alcohólico, cuando lo ideal hubiera sido el poder manejar las actitudes positivas y negativas de cada uno de los grupos muestra ante cada uno de los conceptos utilizados.

PERSPECTIVAS

La presente investigación deja el campo abierto para posteriores - investigaciones que puedan complementar o ampliar la misma. En este sentido nos permitimos sugerir, primeramente, se realicen investigaciones equivalentes en las que exista un control más estricto de las variables tales como el nivel socioeconómico, la edad y el sexo, las que no se controlaron en forma adecuada por las razones ya mencionadas en la discusión. Creemos que el control más riguroso de estas variables podrían dar resultados aún más amplios y precisos; por ejemplo, si se aplica el cuestionario a sujetos de diversos niveles socioeconómicos ya bien determinados, podrían verse con más exactitud si existen marcadas diferencias en las actitudes de cada uno de estos niveles socioeconómicos hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos y, de esta manera, poder acercarse - aún más a las posibles circunstancias que nos permitan determinar las razones por las que un enfermo alcohólico no se considera como tal.

Por otra parte, se puede esperar que en posteriores trabajos pueda llegar a determinarse la influencia de cada uno de los componentes de las actitudes en cada uno de los grupos utilizados en la presente investigación o en otros más, lo que ayudaría a entender de una manera más clara y completa los factores que intervienen o determinan la formación y evolución de la enfermedad aquí tratada, así como las razones de la resistencia de los enfermos alcohólicos a someterse en forma voluntaria a tratamientos terapéuticos, lo cual presentó en su momento uno de los motivos originales que nos impulsaron a realizar esta investigación.

Por otro lado, en el momento en el que se puedan llegar a definir operacionalmente las actitudes, o sea, que se les puedan dar determinados valores para que de esta manera puedan ser cuantificables y medibles, se podrá hacer un análisis mucho más preciso de lo positivo y negativo de estas y poder, por lo tanto, determinar con precisión las actitudes positivas y negativas de cada uno de los grupos muestra utilizados hacia los conceptos que se han venido manejando.

Sometiendo la presente escala elaborada para la medición de actitudes sociales hacia el alcohol, el alcoholismo y los alcohólicos a estudios paralelos, podría llegar a utilizarse en situaciones específicas para la detección de enfermos alcohólicos en hospitales, cárceles, centros comunitarios, etc. propiciando la oportuna atención terapéutica a quien lo necesita, antes de que la enfermedad se manifieste en su plenitud, con todas sus consecuencias.

En fin, la presente escala pretende llegar a ser, con investigaciones posteriores que la perfeccionen, un auxiliar en la prevención de este padecimiento que ocasiona una problemática tan grave en los niveles individual, familiar, laboral y social en general.

BIBLIOGRAFIA

- ① Adorno, T. W., et. al. The authoritarian personality. Ed. - Harper, New York, 1950.
- ② Bogardus. La Psicología Social en la industria. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1958.
- ③ Cofer, C. N.; Appley, M. H. Psicología de la motivación. Ed. Trillas, México, 1975.
- ④ Curtis, J. H. Social Psychology. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1956.
- ⑤ Edwards, A.; Kilpatrick, F. A technique from the construction of attitude scale. 1948.
- ⑥ "El alcoholismo en México". Gaceta U.N.A.M. Epoca 4a., Vol. V, No. 25, abril 2 de 1981.
- ⑦ "El alcoholismo problema social". Revista MD en Español. México, D. F., Vol. X, No. 1, enero 1972.
- ⑧ Fishbein, M. Readings in attitude theory and measurement. Ed. John Wiley and Sons, Inc., New York, 1976.
- ⑨ Fromm, Erich. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1956.
- ⑩ Galiana Mingot, Tomás. Pequeño Larousse Técnico. Ed. Larousse, México, 1980.
- ⑪ Gorsuch, Richard L.; Arns, David H. "The relationship of children's attitudes toward alcohol to their value development". - (U. Texas Graduate School of Social Work, Arlington). Journal of Abnormal Child Psychology, Sep., 1979, Vol. 7 (3), Vol. No. 64, Abstract No. 12317.
- ⑫ Hayes, Robert W.; Tevis, Betty W. "A comparison of attitudes and behavior of high school athletes and non-athletes with respect to alcohol use and abuse". (Texas Tech. U.). Journal of Alcohol & Drug Education, Fal., 1977, Vol. 23 (1), Vol. No. 61, Abstract No. 10880.

- 13 Jaffe, J., et. al. Vicios y drogas, problemas y soluciones. Ed. Harla S.A., México, 1980.
- 14 Jellinek, Dr. Nueva versión de la tabla de la alcoholomanía. Oficina Intergupal de Servicios de A.A. de la Ciudad de México.
- 15 Kilty, Keith M. "Attitudes toward alcohol and alcoholism - - among professionals and nonprofessionals". (Marywood Coll., Scranton PA 18509; Rutgers University, New Brunswick NJ 08903). Journal of Studies on Alcohol, Mar., 1975, Vol. 36 (3).
- 16 Kilty, Keith M. "Some effects of type of group and sex on attitudes toward alcohol and alcoholism". (Marywood Coll., Graduate School of Social Work). British Journal of Addiction, Mar., 1978, Vol. 73 (1), Vol. No. 62, Abstract No. 05946.
- 17 Knox, Wilma J. "Attitudes of social workers and other professional groups toward alcoholism". (Veterans Administration - Center, Biloxi MS 39531). Quarterly Journal of Studies on Alcohol, Dec., 1973, Vol. 34 (4), Part A.
- 18 Krasnoff, Alan. "Self-reported attitudes toward drinking - - among alcoholics before and after treatment". (U. Missouri, St. Louis 63121). Quarterly Journal of Studies on Alcohol, - Sep., 1973, Vol. 34 (3), Part A.
- 19 Lemos, Antonio V.; Moran, Jeffrey. "Veterans administration hospital staff attitudes toward alcoholism". (Menninger Foundation, Topeka, KS). Drug & Alcohol Dependence, Mar., 1978, Vol. 3 (2), Vol. No. 61, Abstract No. 06872.
- 20 Lichtszajn Skromny, José León. Correlatos clínicos y socio-culturales de la actitud hacia la muerte en un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis para obtener el grado de Doctor - en Psicología, U.N.A.M., 1979.
- 21 Mann, León. Elementos de Psicología Social. Ed. Limusa Wiley S.A., México D.F., 1972.
- 22 Martínez Chávez, Mateo. Construcción de una de escala de actitud hacia la actual distribución de la riqueza en México. - Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología, Universidad Iberoamericana, México D.F., 1977.

- (23) Morgan, Robert E. "Staff attitudes toward the alcoholic patient". (Mendocino State Hosp., Talmage, Calif.). Archives of General Psychiatry, 1969, Vol. 21 (4), Vol. No. 44, Abstract No. 08787.
- (24) Quiroga de García, Silvia. "Attitudes towards alcohol in two groups of 13-yr-old children". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Dec., 1976, Vol. 22 (4), Vol. No. 63, Abstract No. 03220.
- (25) Rix, Keith J.; Buyers, Margaret. "Public attitudes toward alcoholism in a scottish city". (Marischal Coll., Aberdeen, - Scotland). British Journal of Addiction, Mar., 1976, Vol. 71 (1), Vol. No. 57, Abstract No. 01129.
- (26) Rodríguez Moreno, Arturo. Reeducación del alcohólico. Seleccionaciones Tipológicas S.A., México, 1980.
- (27) Schmid, Nancy J.; Schmid, Donald T. "Nursing student's attitudes toward alcoholics". (St. Lawrence State Hosp., Outreach Community Center, Plattsburgh, N.Y.). Nursing Research, May, 1973, Vol. 22 (3), Vol. No. 52, Abstract No. 07981.
- (28) Sherif, M.; Sherif, C. Psicología Social. Ed. Harla S.A. de C.V., México, 1975.
- (29) Sparks, Robert D. "Attitudes in Medicine toward alcoholism". (U. Nebraska Medical Ctr., Omaha). Man & Medicine, Win., - - 1976, Vol. 1 (2), Vol. No. 63, Abstract No. 01883.
- (30) Summers, G. F. Medición de actitudes. Ed. Trillas, México, 1978.
- (31) Suval, Elizabeth M. "Attitudes toward alcoholism among legal professionals". (North Carolina State U., Raleigh 27650). - Series: SSSP, 1981.
- (32) Triandis, Harry C. Actitud y cambio de actitud. Ediciones - Toray S.A., Barcelona, España, 1974.
- (33) Varios autores. El alcohol y el alcoholismo. Temas de la Dé cada. Publicaciones Cruz S.A., México, 1980.
- (34) Velasco Fernández, Rafael. "El alcoholismo como enfermedad". Apuntes para el III Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Guadalajara, Jal., Nov. 22 de 1980.

- 35 Velázquez, Miguel Angel. "De 1978 a 1979 aumentó en mil 57 - por ciento el alcoholismo". Uno Más Uno, 3 de noviembre de 1980.
- 36 Young, K., et. al. Psicología de las actitudes. Ed. Paidós, Colección Biblioteca del Hombre Contemporáneo No. 180, México.

ANEXO 1

I. Alcohólicos Anónimos.

a) Grupos Tradicionales.- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

5 de Mayo No. 39, Centro, México D.F.

tels. 585-81-96, 585-80-94, 585-80-93.

b) Grupos 24 Horas.- Gpo. Héroes, Tel. 579-26-25.

Gpo. Hamburgo, 525-83-01.

Gpo. Jóvenes A.A. 24 Hrs., 277-17-56.

Gpo. 24 Hrs., 516-11-02.

c) Clínica Jellinek.- (Adjunto al grupo Viaducto) 526-24-10.

d) Granjas para enfermos alcohólicos.

e) Al-Anon (para familiares de bebedores).- Av. Juárez 64-318,
Centro, México D.F., tel. 585-52-14.

II. Instituciones Públicas que dan servicio terapéutico a alcohólicos.

a) Secretaría de Salubridad y Asistencia.

1.- Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos.

Enrique González Martínez No. 131, Col. Sta. Ma. la Rivera, tels. 541-16-77 y 541-47-49.

2.- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Calz. Buenaventura y Niño Jesús, Tlalpan, México D.F.
tel. 573-15-00.

3.- Granja Psiquiátrica "Samuel Ramírez Moreno".

tel. 574-00-29.

b) Instituto Mexicano del Seguro Social.

Grupos Institucionales de A.A. en varias clínicas.

- c) Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores - del Estado.
- d) Petróleos Mexicanos. Grupo Institucional de A.A. Servicio y Asesoría.

III. Instituciones Privadas que dan servicio terapéutico a alcohólicos.

- a) Centro de Integración para Alcohólicos y Familiares A.C.
San Bernabé No. 845, tels. 595-28-29 y 595- 91-22.
- b) Centro Médico Antialcohólico La Pascua S.A.
Arquímedes No. 44, Col. Polanco, México 5, D.F.
tels. 531-53-96 y 545-59-78.
- c) Club Guadalupano Juan Pablo II para Enfermos del Alcoholismo A.C.
 - 1.- Alpino Aguiluchos Mz. 54, lote 709, México 14 D.F.
tel. 754-53-86.
 - 2.- Las Fuentes No. 45, Estado de México, tel. 572-87-91.