



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRATAMIENTO A UN GRUPO  
DE ALCOHOLICOS DE UNA  
INSTITUCION LABORAL  
PARAESTATAL.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N:  
ROSALBA            ZARAGOZA            MIJARES  
JESUS                MARTINEZ              TAVARES

JULIO DE 1986



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

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

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

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

# INDICE

+++++

	PAG.
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES	
2.1 DEFINICION Y CLASIFICACION DE ALCOHOLISMO	5
2.2 APROXIMACIONES TERAPEUTICAS AL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO	9
3. MARCO TEORICO	
3.1 EL ORIENTADOR EXPERTO: UN MODELO PARA LA AYUDA SISTEMATICA Y LA RELACION INTERPERSONAL, DE GERARD EGAN.	
3.1.1 FUENTES DE INFLUENCIA	18
3.1.2 ESTRUCTURA DEL MODELO	21
3.2 CENTRO DE ADAPTACION INTEGRAL Y SUPERACION HUMANA (CAISH).	
3.2.1 ANTECEDENTES DEL CAISH	27
3.2.2 OBJETIVOS DEL CAISH	
3.2.3 INTEGRANTES DEL CAISH	28
3.2.4 PROGRAMAS DEL CAISH	29
4. OBJETIVO	32

5.	METODO	PAG.
5.1	SUJETOS	34
5.2	ESCENARIO	35
5.3	MATERIALES	36
6.	PROCEDIMIENTO	
6.1	DIFUSION DEL PROGRAMA	38
6.2	SENSIBILIZACION	39
6.2.1	AL COMITE PRO-RECUPERACION DEL ALCOHO LICO	
6.2.2	PARA LOS TRABAJADORES	
6.3	REHABILITACION	39
6.3.1	DESINTOXICACION	
6.3.2	PROGRAMA DEL CAISH	40
6.3.2.1	SESIONES DE TERAPIA INDIVI DUAL	40
6.3.2.2	SESIONES DE TERAPIA GRUPAL	41
6.3.3	APOYO TERAPEUTICO A FAMILIARES DE AL- COHOLICOS	41
7.	RESULTADOS	44
8.	CONCLUSIONES	47

	PAG.
9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	50
APENDICES:	
APENDICE A. ENTREVISTA REALIZADA EN SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL	52
APENDICE B. SESIONES DE TERAPIA GRUPAL	55
APENDICE C. AUDIOVISUAL: EL PROBLEMA SOCIAL DEL ALCOHOLISMO	65
APENDICE D. AUDIOVISUAL: EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO	71
APENDICE E. AUDIOVISUAL: LA PROGRESIVIDAD DEL ALCOHOLISMO	76
APENDICE F. FOLLETO: LA ESCALERA HACIA EL ALCOHOLISMO	82
APENDICE G. AUDIOVISUAL: RECUPERACION DEL ALCOHOLISMO	86
APENDICE H. AUDIOVISUAL: LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO	91
APENDICE I. AUDIOVISUAL: EL AUSENTISMO	96
10. BIBLIOGRAFIA	103

## I. INTRODUCCION

Sabemos que el alcoholismo es una de las enfermedades con mayor incidencia en el mundo, puesto que puede presentarse en todo tipo de población.

En nuestro país, la ingestión de alcohol está ligada a muchas de nuestras actividades cotidianas (Cabildo, Silva y Juárez, 1975).

Sobre la prevalencia y aumento en el consumo del alcohol en la población de 14 años y más del Distrito Federal, se encontró una proporción de 12 varones bebedores consuetudinarios por cada mujer, aumentando el consumo conforme aumenta la edad. Se observó mayor consumo en la población del nivel socioeconómico bajo, de estado civil unión libre, que emigra del campo a la ciudad, sin educación formal o hasta con más de trece años de escolaridad y en la población que trabaja. (Medina-Mora, De la Parra, Terroba, 1980).

Se ha llegado a decir que México ocupa el primer lugar de alcohólicos en toda América Latina (Excelsior, 2 de noviembre de 1982), lo cual es digno de tomarse en cuenta en virtud de las consecuencias que afectan al enfermo y a su comunidad.

Es un hecho ampliamente demostrado que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas daña física (Elizondo, Macías, Ramírez, 1977; Freedman, Kaplan y Sadock, 1980, cap. 2; Zax y Cowen, 1979), psicológica y socialmente (Elerrriaga, Pérez, 1977; Villamil y Sotomayor, 1980). No es raro encontrar a pacientes alcohólicos que mueren a causa de un paro cardíaco, cirrosis hepática, paro respiratorio, etc. (San Martín, 1981, p.518-519); también se deteriora la memoria, la orientación, la percepción y otras funciones (Freedman, 1980; Kolb, 1977).

El bebedor excesivo es un peligro para la sociedad en que

vive, ya que su familia es la primera en ser afectada, hecho - que puede repercutir en todos los que le rodean (Velasco, en Guerra, 1977). Los datos estadísticos muestran que el 58% de - los accidentes automovilísticos son causados por personas que han ingerido bebidas alcohólicas (Silva, 1972, en Guerra, 1977), el 65% de los crímenes, suicidios o delitos imprudenciales se deben a personas ebrias; con respecto al ataque sexual, se ha dicho que aproximadamente el 50% de los violadores se encontraban intoxicados durante el ataque (Roda, 1975, en Leslie, 1980).

Además de lo mencionado, es importante agregar la forma en que productivamente se ve perjudicado el desarrollo del país. Enfocándonos al área laboral, diremos que son múltiples los accidentes ocasionados por personas que trabajan alcoholizadas, máxime cuando directamente manejan maquinaria, ya que unidos a las grandes pérdidas humanas se suman los gastos financieros - ocasionados por días de trabajo perdidos, gastos médicos, jurídicos y otros (Elorriaga y Pérez, Velázquez; en Guerra 1977).

La difusión del tema señalado es muy amplia. Basándose en numerosos estudios se han formulado diferentes definiciones, - clasificaciones, sintomatologías, factores predisposicionales, evoluciones y teorías que intentan dar una explicación al hecho.

Pero, ¿qué se hace terapéuticamente para que el abuso en el consumo de alcohol disminuya o desaparezca?

Existen diversas técnicas y métodos, que van desde los consejos de la familia y amigos, hasta tratamientos tales como: la farmacoterapia, las terapias aversivas, el método de alcohóli-cos anónimos, terapias familiares, entrenamiento conductual de autocontrol, terapias cognitivas, aproximaciones operantes, programas de tratamiento multimodal, etc. (Miller y Hester, s.f.)



No obstante, es raro encontrar en México una institución que se preocupe por proporcionar ayuda a sus trabajadores alcohólicos y además que este apoyo sea constante y eficaz.

Es propósito del presente trabajo, reportar el desarrollo y resultados de un programa de recuperación para alcohólicos, aplicado en el Centro de Adaptación Integral y Superación Humana dependiente de la Gerencia de Servicios Sociales de Petróleos Mexicanos, en la refinería "General Lázaro Cárdenas" de la ciudad de Minatitlán, Veracruz; con una población de 20 trabajadores en un lapso de 30 días, con un seguimiento de 6 meses, con el objeto de lograr la abstinencia en el consumo de alcohol de dichos trabajadores.

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1 CLASIFICACION Y DEFINICION DE ALCOHOLISMO**

### **2.2 APROXIMACIONES TERAPEUTICAS DE TRATAMIENTO PARA EL ALCO LISMO**

## 2.1 CLASIFICACION Y DEFINICION DE ALCOHOLISMO

Las aproximaciones a la definición del alcoholismo han sido criticadas, aduciéndose que los indicadores que se manejan, tales como producción, consumo, mortalidad y morbilidad, homicidios, suicidios, accidentes, gastos, etc., presentan grandes deficiencias conceptuales y de confiabilidad y se afirma que las categorías existentes están ubicados en el campo biomédico, lo cual las hace rígidas e incompletas (Barba y Arana, 1982).

No obstante, es necesario establecer un parámetro para el presente estudio, y retomaremos la definición que sobre alcoholismo o dependencia del alcohol dan dos de las clasificaciones más importantes al respecto: la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9), publicada por la Organización Panamericana de la Salud, dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) y el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-III, 1984); en virtud del uso internacional que se les da, en cuanto a que son una base común de diagnóstico bien definido y puntos de partida para múltiples investigaciones.

A continuación se enlista el contenido de cada una de estas clasificaciones:

### CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (ICD-9)

Psicosis Alcohólicas. - Estados psicóticos orgánicos debidos principalmente a la excesiva ingestión de alcohol, aunque se piensa que los defectos de la nutrición desempeñan un papel importante.

Psicosis alcohólica de Korsakov.- Síndrome con reducción notable y duradera de la amplitud de la memoria, en especial una pérdida notoria de la memoria reciente, confabulación y desordenada apreciación del tiempo, que aparece en los alcohólicos como secuela de una psicosis alcohólica aguda (especialmente del delirium tremens) o más raramente en el curso del alcoholismo crónico. En general se acompaña de neuritis periférica y podría estar asociada con la encefalopatía de Wernicke.

Otra demencia alcohólica.- Demencia no alucinatoria que ocurre en asociación con el alcoholismo, pero que no tiene las características del delirium tremens ni de la psicosis de Korsakov.

Otra alucinosis alcohólica.- Psicosis comunmente de menos de 6 meses de duración, sin obnubilación o con ligero anublamiento de la conciencia, gran ansiedad y predominio de las alucinaciones auditivas, casi siempre, voces que profieren insultos y amenazas.

Embriaguez patológica.- Episodios psicóticos agudos inducidos por cantidades de alcohol relativamente pequeñas. Se les considera como idiosincracia individual ante el alcohol y por lo tanto no debida al consumo excesivo. No hay signos neurológicos notables de intoxicación.

Celotipia alcohólica.- Psicosis paranoide crónica asociada con el alcoholismo, caracterizada por ideas delirantes de celos.

Síndrome de dependencia del alcohol.- Un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión de alco -

hol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia aunque ésta podría no estar presente.

MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS  
TRASTORNOS MENTALES (DSM-III)

Intoxicación alcohólica.- Es la desadaptación conductual debida a una ingesta de alcohol reciente. Puede incluir agresividad, deterioro del juicio y otras manifestaciones de deterioro social o de actividad laboral.

Intoxicación alcohólica idiosincrásica.- Cambio conductual notable -en general con agresividad- que es debido a la ingestión de alcohol reciente en una cantidad tal, que es insuficiente para la producción de una intoxicación en la mayoría de las personas. En general, puede haber una amnesia posterior que abarque el periodo de intoxicación.

Abstinencia alcohólica.- Determinados síntomas característicos, que se presentan después de algunas horas de dejar o reducir la ingestión alcohólica en un individuo que ha estado bebiendo durante días, semanas o meses. Los síntomas son: temblor de manos, lengua y párpados; náusea y vómitos; malestar o insomnio, hiperactividad autonómica (como taquicardia, sudoración y elevación de la tensión arterial), ansiedad, depresión o irritabilidad.

Delirium por abstinencia alcohólica.- Delirium debido al cese o reducción de la ingestión de alcohol. Hay hiperactividad autotónica, pueden presentarse ideas delirantes, alucinaciones y agitación. Cuando hay alucinaciones son visuales, pero pueden observarse otras modalidades sensoriales. La alteración se denomina también delirium tremens.

Alucinosis alcohólica.- Alucinosis orgánica con alucinaciones auditivas vivas, que se presentan en un sujeto con una aparente dependencia del alcohol y que han abandonado o reducido su ingesta de alcohol. Y habitualmente, las alucinaciones son voces y, con menor frecuencia, sonidos como silbidos o zumbidos. Después de un largo periodo de intoxicación, y coincidiendo con el descenso de los niveles de alcohol en la sangre, se inicia el síndrome que, por lo general se presenta dentro de las 48 horas después de haber abandonado la ingestión de alcohol, aún cuando ocasionalmente puede presentarse más tarde.

Trastorno amnésico alcohólico.- Es un síndrome amnésico debido a una deficiencia vitamínica, asociado al uso prolongado de grandes actividades de alcohol.

Dependencia de alcohol o alcoholismo.- El síntoma esencial de la dependencia del alcohol son tanto la existencia de una estructura patológica de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al alcohol, como la presencia de tolerancia o abstinencia.

Abuso de alcohol.- Es un patrón de uso patológico del alcohol de un mes como mínimo, que provoca deterioro de la actividad laboral o social.

## 2.2 APROXIMACIONES TERAPEUTICAS DE TRATAMIENTO PARA EL ALCOHOLISMO

Existen diferentes alternativas de tratamiento para los alcohólicos, las cuales pueden estar enfocadas hacia el logro de la abstinencia o hacia la moderación en el beber.

A continuación presentamos los métodos más usuales orientados a la abstinencia de acuerdo a Miller y Hester. (Miller y Hester, s.f.)

Desintoxicación.- Es el proceso médico al que ingresa el alcohólico debido al retiro del alcohol después de un periodo continuo de ingestión. Está establecido que el alcohol puede producir una clara y severa adicción psicológica, con una predecible secuencia de síntomas que ocurren cuando el nivel de alcohol en la sangre baja durante su retiro.

Para los individuos que son adictos farmacológicamente al alcohol, la desintoxicación es un prerrequisito necesario para otro tipo de tratamiento. Feldman, Pattison, Sobell, Graham y Sobell (1975) encontraron que sólo el 47% de las personas que presentan alcoholismo agudo requirieron desintoxicación y de éstas sólo un 19% la necesitó en forma imprescindible. (Miller y Hester, s.f.).

Pocos profesionistas piensan en la desintoxicación sola como tratamiento para enfermos alcohólicos (Chafetz, 1967 en Miller y Hester, s.f.)

### Tratamiento mediante el uso de medicamentos.

Disulfiram.- De los agentes químicos que han sido usados en

el tratamiento del alcoholismo, el más popular ha sido el Disulfiram o Antabuse. Produce una reacción violenta cuando se combina con alcohol, dicha reacción se conoce como reacción disulfiram-etanol (DER), la cual está caracterizada por la excitación completa del sistema nervioso autónomo; los síntomas son: calor, bochorno en la cara, dolor en el pecho y aceleración del corazón, náusea y vómito, sudor, dolor de cabeza, mareos, debilidad, dificultad respiratoria y una marcada disminución de la presión arterial; por lo que es una experiencia displacentera; aunque el efecto varía en las personas.

Al inicio de 1950 se empezó a utilizar como tratamiento para alcohólicos, actualmente su uso es raro, puesto que puede presentar efectos secundarios como erupciones en la piel, dolores de cabeza, fatiga, impotencia, etc. (Burnett y Reading, 1970 en Miller y Hester, s.f.); también se ha encontrado que al combinarse con nitratos produce cáncer en el esófago (Lijinski, 1979 en Miller y Hester, s.f.). En resumen, ciertos individuos pueden desarrollar reacciones tóxicas de diversa severidad (Goyre y Major, 1979 en Miller y Hester, s.f.)

- Citrato de Calcio Carbimide (CCC).- Se usa como una droga alternativa al Disulfiram, que puede sintetizar el alcohol con menor riesgo para el paciente, también se llama Cynamida.

Sus efectos reaccionando ante el alcohol son similares a la reacción disulfiram-etanol (DER), incluyendo dolor de cabeza y dificultad en la respiración. Difiere del disulfiram en que su acción es más rápida y sus efectos menos tóxicos.

La más grande investigación sobre CCE ha sido realizada por un grupo de investigadores japoneses (Arikawa, Naganuma y Oshima, 1973; Kotorii y Mukasa, 1972; Arikawa, Naganuma y Oshima, 1972; Mukasa y Arikawa, 1968; Mukasa, Ichihara y Eto,



1964 en Miller y Hester, s.f.).

Han llegado a administrar la droga sin que el paciente se percate, en sus alimentos, la dosis es gradualmente incrementada, para hacer al paciente un bebedor moderado (Arikawa e Inanaga, 1975 en Miller y Hester, s.f.).

Una revisión reciente de estos estudios (Pattison, Sobel y Sobell, 1977 en Miller y Hester, s.f.) reportó que un 70% de pacientes, logró la moderación bajo un seguimiento de 3 a 72 meses y 6% la abstinencia total.

El porcentaje de 70% es muy alto en comparación con otros estudios no controlados de CCC.

Terapias aversivas.— Las terapias aversivas pretenden interrumpir la conducta del bebedor, creando una aversión o desagrado por las bebidas alcohólicas. Dichas terapias se basan en el condicionamiento, apareando el alcohol con un estímulo que es poderosamente displacentero. Han sido usados varios estímulos displacenteros, tales como agentes químicos, estimulación eléctrica e imágenes aversivas.

a) Drogas que producen náusea.

- Emetina. Consiste en una inyección intramuscular de emetina, produciendo náusea y vómito, precedente a la náusea - el paciente da tragos a su bebida alcohólica y más tarde vomita.

El objetivo del tratamiento es proveer al alcohólico de un tiempo-fuera temporal involuntario de abuso de alcohol, al probar, ver y oler el alcohol. Durante este tiempo fuera el alcohólico tiene oportunidad para reordenar su vida y desarrollar

patrones conductuales que sean incompatibles con el abuso del alcohol.

Han sido reportados resultados de abstinencia en el Hospital Shadel, con un 60% de eficacia (Lenvre y Voegtlin, 1950 en Miller y Hester, s.f.), más recientemente se reportó un 63% de abstinencia en un año, con un 92% de seguimiento para 261 pacientes en el Hospital Raleigh Hills (Wiens, Montage, Manough y English, 1976 en Miller y Hester, s.f.). Se concluye entonces que el condicionamiento químico aversivo no debe ser usado por todos los alcohólicos.

- Apomorfina. Ha sido descartada por la emetima, debido a los efectos secundarios que produce y porque sus resultados son pobres (Beil y Trojan, 1977; Feldman, 1950; Halvorsen y Mortensen Larsen, 1978; Schalatter y Lal, 1972 en Miller y Hester, s.f.).

- Litio. Se ha usado en un estudio piloto con resultados de un 36% de abstinencia en 6 meses de seguimiento. Su gran toxicidad y el hecho de que no produce respuesta de náusea dependiente hace que su uso sea relativo (Baker y Cannon, 1979 en Miller y Hester, s.f.).

- Succinilcolina. Produce una parálisis total de los músculos, incluyendo los que envuelven al cerebro. Previamente a la inyección, es dado al paciente a ver, oler y probar alcohol; la droga es puesta intravenosamente en una dosis suficiente para producir apnea alrededor de 60 segundos, siendo esta una experiencia muy desagradable.

Se han reportado resultados de abstinencia de 50%, durante un periodo inespecífico de tiempo (Sanderson, Cambell y Laverty,

1963 en Miller y Hester, s.f.), Clancy (1967), Farrer (1968), Holzinger (1967), Laverty (1966), Madill (1966) han presentado resultados bajos que van de un rango de 9.5% a 40% de abstinencia (Miller y Hester, s.f.)

La drástica naturaleza del tratamiento y los resultados - que se han encontrado hacen que la terapia aversiva con succinilcolina haya caído en desuso.

#### b) Aversión eléctrica.

El uso de descargas eléctricas como estímulo incondicionado, tiene un rango de ventajas técnicas en cuanto a su manipulación. Se han reportado resultados con rango de abstinencia que va de 0% a 60% (Blake, 1965; 1967; Ciminero 1975; Claeson y Malm, 1973; Hsu, 1965; McGuire y Vallance, 1965; Michaelsson, 1976; Miller y Hersen, 1972; Morosko y Baer, 1970 en Miller y Hester, s.f.).

El uso de la aversión eléctrica es una técnica de tratamiento incierta en el presente para bebedores problema, no obstante es efectiva para ciertos pacientes.

#### c) Sensibilización encubierta o terapia aversiva verbal.

La técnica incluye la guía verbal de imágenes de alcohol y de escenas de bebedores, las cuales están asociadas con sentimientos displacenteros, usualmente son imágenes de náusea y vómito, desarrollándose un condicionamiento aversivo al alcohol. Se ha dicho que los resultados son similares al uso de la emetina con un 40% de abstinencia (Anant, 1967; Cantela, 1966, 1967, 1970 en Miller y Hester, s.f.).

Hipnosis.- Estudios recientes han reportado buenos resultados con rangos de abstinencia de 40% (Palez, 1952) a 76% (Gabrynowicz, 1977 en Miller y Hester, s.f.). La hipnosis se presenta como una técnica poco válida como auxiliar en el tratamiento del alcoholismo.

Psicoterapia.- Existe dificultad para interpretar los resultados en la literatura psicoterapéutica puesto que generalmente son ambiguos debido a que no se especifica el procedimiento, contenido y dirección del término, no obstante, la mayoría de puntos de vista de psicoterapia para alcohólicos se enfoca a modelos psicoanalíticos. El supuesto central es que el alcoholismo es un síntoma de un conflicto inconsciente subyacente, con la implicación de que el conflicto más bien que el síntoma debería ser tratado.

Investigaciones recientes indican que la psicoterapia no representa una terapia de elección para alcohólicos (Ewing, 1974; Lynn, 1976; Moore, 1963; Shea, 1954 en Miller y Hester, s.f.). Se dice que los alcohólicos generalmente son impopulares entre los psicoterapeutas (Hayman, 1956; Selzer, 1967 en Miller y Hester, s.f.). Una posible razón para la pobre respuesta de los alcohólicos a este método, es la deficiencia en la abstracción cognitiva y la memoria, habilidades que se ven disminuidas con el uso crónico del alcohol (Eckardt, 1978; Hester, 1979; Miller y Orr, en impresión; en Miller y Hester, s.f.).

Alcohólicos Anónimos.- Representa una de las aproximaciones más extensas y a largo plazo para el tratamiento del alcoholismo. El problema que se presenta respecto a su efectividad es que no tiene un soporte científico adecuado que lo sustente. Las investigaciones realizadas al respecto se han encontrado -

con problemas metodológicos, empezando con el anonimato de las personas.

La mayoría de los estudios realizados han incluido dentro de su tratamiento el programa de A.A. El más extenso y cuidadoso estudio (Brandsma, en impresión), no ha superado la eficacia de otras aproximaciones terapéuticas. Bebbington (1976) - ha sugerido que el 26% puede representar un mínimo razonable de efectividad en resultados de A.A. Bill (1965) y Jindra y - Forslund (1978) han reportado un 50% de abstinencia durante un año. (Miller, W.R. y Hester, R.K, s.f.)

Terapia de Grupo.- la terapia de grupo es comúnmente usada como una técnica de tratamiento primario para alcohólicos, usualmente acompañada con otros métodos terapéuticos. En general los resultados de tratamiento de grupo para alcohólicos han sido inconsistentes, con rangos de abstinencia alrededor del 40%. (Miller y Hester, s.f.)

Terapia familiar.- La terapia familiar incluye diferentes aproximaciones teóricas e intervenciones terapéuticas. Se han encontrado rangos de abstinencia de 45% (Gallant, 1970; Smith, 1969; en Miller y Hester, s.f.) a 80% en seis meses de seguimiento (Hedberg y Campbell, 1974; en Miller y Hester, s.f.).

No obstante que en el presente trabajo nos enfocamos al logro de la abstinencia, es importante mencionar los métodos terapéuticos orientados a la moderación, debido a la difusión y éxito que han logrado durante los últimos años:

Entrenamiento conductual de autocontrol, con resultados de -  
efectividad dentro de un rango de 60% a 80% (Miller y Taylor,  
1980; Alden, 1978; Caddy y Lovibond, 1976; Pomerleau, 1978 en  
Miller y Hester, s.f.); auto-ayuda, ha sido utilizada con re -  
sultados entre 50% y 88% (Miller, Grileskon, Mortell, en impre  
sión; Miller y Taylor, 1980; Miller, en impresión (Miller y -  
Hester, s.f.); entrenamiento de discriminación de la concentra  
ción de alcohol en la sangre (BAC), con rango de efectividad  
de 59% a 86% (Caddy y Lovibond, 1976; Ewing y Rouse, 1976; --  
Maxwell, 1974 en Miller y Hester, s.f.); retroalimentación por  
videotape, no hay investigaciones científicas que den soporte  
a este método (Bailey y Sowder, 1970; Danet, 1968; Griffeths,  
1974 en Miller y Hester, s.f.); como auxiliar en la psicoterapia  
ha logrado un 29% de eficacia con un seguimiento de 6 me -  
ses en forma individual y 33% en psicoterapia grupal (Pomerleau,  
1978 en Miller y Hester, s.f.); modelos de videotape, su rango  
de efectividad va de 50% a 74% (Bker, Udin y Vagler, 1975 (en  
Miller y Hester, s.f.); confrontación de intoxicación, con re  
sultados en investigaciones controladas de 65% y 80% (Baker,  
1975 en Miller y Hester, s.f.); terapias cognitivas y aproxima  
ciones operantes, con 48% de eficacia; relajación, 75% de efi  
cacia (Miller y Taylor, 1980 en Miller y Hester); desensibili  
zación sistemática con resultados de 80% (Hedberg y Campbell's,  
1974 en Miller y Hester, s.f.) y entrenamiento en habilidades  
sociales con 50% de efectividad a 72% (Freedberg y Johnston,  
1978 en Miller y Hester, s.f.).

### 3. MARCO TEORICO

3.1 EL ORIENTADOR EXPERTO; MODELO  
PARA LA AYUDA SISTEMATICA Y  
LA RELACION INTERPERSONAL.  
GERARD EGAN

3.2 CENTRO DE ADAPTACION INTEGRAL  
Y SUPERACION HUMANA (CAISH)

### 3.1 EL ORIENTADOR EXPEPTO: MODELO PARA LA AYUDA SISTEMATICA Y LA RELACION INTERPERSONAL, DE GERAR EGAN.

El presente trabajo está basado en el modelo de Egan (1982), el cual ofrece una sistematización y una teconología del adies-tramiento y ayuda, que lleva a incrementar la confiabilidad de la misma.

Egan sistematizó el modelo popular de "piensa, juzga y ac - túa", esto es, explora el problema, comprende sus ramificacio - nes y demandas y después actúa para solucionarlo; que dentro - del contexto de ayuda tomaría la siguiente forma: establezca el tipo de relación con la persona que viene a pedir ayuda, de tal forma que le permita explorar libremente lo problemática en su vida; después ayúdele a ver objetivamente el problema y compren - der la necesidad de la acción y finalmente ayúdele a actuar.

#### 3.1.1 FUENTES DE INFLUENCIA

Dicho modelo tiene la influencia principal de tres fuentes interrelacionadas:

- El trabajo de Carkhuff

Carkhuff establece una teconología al modelo popular - arriba mencionado, a través de investigaciones y prácti - cas extensas y rigurosas. Además de señalar las caracte - rísticas de cada etapa del modelo, delinea las destrezas que necesita el orientador para ser efectivo en cada eta - pa y elabora una tecnología para adiestrarlo en tales - destrezas.

Establece que las destrezas de ayuda son básicamente las mismas que todos necesitan para vivir efectivamente como



las destrezas para la solución de problemas (Carkhuff, 1969, 1971, 1972, 1973; Carkhuff y Berenson, 1967; Truax y Carkhuff, 1967 en Egan 1982.

Así, el modelo de Carkhuff representa la influencia mayor dentro del modelo de Egan.

#### - Teoría de la Influencia Social

Vivimos en una sociedad cargada con fuerzas de influencia social (Berscheid y Walster, 1969; Gergen, 1969; Kelman, 1967; Zimbardo y Ebbesen, 1970). Puesto que las leyes de influencia social operan en las interacciones de la vida cotidiana y en las situaciones de ayuda, es natural que se estudie la ayuda y la relación interpersonal desde el punto de vista de los principios de la influencia social, de tal manera que podamos usar estos principios creativamente. Uno de los pioneros en señalar los elementos de la influencia social en los enfoques para la ayuda fue Jerome Frank (1961-1973 en Egan, 1982)

Strupp (1973) define la relación de ayuda en términos de los tipos de procesos de influencia social que caracterizan las relaciones padres-hijos.

Stanley R. Strong (1968) desarrolló un modelo de dos etapas para la ayuda, basado en la teoría de la influencia social. (Egan, 1982)

Egan (1982) expresa que los orientadores deben poner énfasis en la influencia social abiertamente manifestada, basada principalmente en el cuidado, la comprensión y la colaboración dirigida a ayudar a los pacientes a que aprendan las destrezas del vivir interpersonal efectivo.

- La Teoría del Aprendizaje y los Principios que Subyacen al Mantenimiento y cambio de la Conducta.

Para que un modelo de ayuda sea práctico, debe manejar los principios básicos de la conducta humana y del cambio (Egan, 1982).

Puesto que la orientación se dirige a ayudar al paciente a mantener interrelaciones de crecimiento consigo mismo y su medio, especialmente su medio ambiente interpersonal; a cambiar aquellas conductas que son autodestructivas y destructivas para otros, y a adquirir destrezas que capaciten al paciente para vivir más efectivamente, el orientador debe poseer un completo dominio práctico de los principios que subyacen en el aprendizaje, el desaprendizaje y el reaprendizaje, sin importar como se sienta él frente al enfoque de modificación de conducta.

Skinner (1953) ha revolucionado los procesos de modificación de la conducta. El tener un dominio elemental y sólido de estos principios es muy útil para el orientador (Beerkowitz, 1972; Sherman, 1973; Whaley y Malott, 1971). (en Egan, 1982).

Este modelo también incluye una teoría de la personalidad implícita, la cual no está representada por escuela alguna, puesto que nace del "eclecticismo integrativo" que Brammer y Shostrom (1968) recomiendan en el desarrollo de teorías de ayuda. Sus raíces permanecen en la teoría del self (Combs y -- Snygg, 1959; Rogers, 1959), la teoría del aprendizaje, especialmente del social (Bandura y Walters, 1963; Skinner, 1953, 1963, 1971) y en la teoría de la autoactualización, la cual es en ella misma "integrativamente ecléctica" (Maslow, 1968, 1979). (en Egan, 1982).

En síntesis, el modelo de Egan trata de integrar las in -

influencias citadas y sirve como una introducción práctica al modelo evolutivo de tres etapas para la ayuda, el cual enfatiza el adiestramiento como para el paciente en su tratamiento.

Antes de pasar a explicar las tres etapas que conforman el modelo, exponemos un esquema general de las características que al parecer del autor debe tener el orientador: En principio, el orientador debe estar comprometido con su crecimiento físico, intelectual, emocional y social, ya que debe modelar la conducta que él espera ayudar a que otros alcancen; puede transformar la buena teoría y la buena investigación en programas prácticos que le capaciten para ayudar a otros más efectivamente y debe tener la destreza adecuada para evaluar estos programas; debe tener buen sentido común y adecuada inteligencia social, lo que significa que desarrolle un extenso repertorio de destrezas sociales y emocionales que le capaciten para responder espontánea y efectivamente a una amplia gama de necesidades humanas; debe atender a la otra persona tanto física como psicológicamente, sabe lo que su cuerpo está diciendo y puede interpretar los mensajes no verbales de su paciente, llegando a ser empático; debe estar siempre dispuesto a decir lo que piensa y siente, siempre que sea en beneficio de su paciente. Finalmente, un orientador es un integrador, puesto que ayuda al paciente a explorar su mundo de experiencias, sentimientos y conducta; mientras el paciente da datos acerca de sí mismo, el orientador le ayuda a integrar esos datos de tal forma que le facilita al paciente el entenderse a sí mismo y a su conducta; el orientador podrá incluso compartir sus propias experiencias.

### 3.1.2 ESTRUCTURA DEL MODELO

Como dijimos anteriormente, el modelo de desarrollo de ayuda consta de una fase de pre-ayuda y tres etapas; se le llama

ma de desarrollo porque sus etapas son progresivas e interde -  
pendientes.

#### Fase de Pre-Ayuda: Atender

Esta fase se refiere solamente al orientador y no a la -  
persona que viene buscando ayuda.

#### - Destrezas del Orientador

El orientador, por su misma postura debe dejar que el pa -  
ciente sepa que está "con él", que durante el tiempo que estén  
juntos, el paciente sepa que el orientador está disponible pa -  
ra él. Esto es atención física. El orientador debe escuchar  
atentamente a su paciente, tanto los mensajes verbales como -  
los no verbales.

#### Etapas I: Responder al paciente/Auto-exploración del paciente.

El orientador responde al paciente, de tal forma que lo  
ayuda a explorar su conducta.

#### - Destrezas del Orientador:

Empatía precisa. El orientador debe responder al paciente  
en una forma que muestre que ha escuchado y que comprende como  
se siente y lo que está diciendo sobre sí mismo. El orienta -  
dor debe ver el mundo del paciente desde el marco de referen -  
cia del mismo paciente, por otra parte el orientador debe ser  
capaz de comunicar esta comprensión.

Respeto. La forma en que el orientador trata a su paciente  
debe ser matizada por el respeto, haciéndolo sentir que básica

mente está para él.

Genuinidad. El orientador debe ser espontáneo, abierto. Debe ser humano, tanto como su mismo paciente.

Ser concreto. No obstante que el paciente divague o trate de evadir temas reales al hablar de generalidades, el orientador debe llevar el proceso de ayuda a sentimientos concretos y a conducta concreta. Por lo tanto, su lenguaje debe ser claro y conciso.

- Destrezas del Paciente.

Auto-Exploración. Si el orientador es efectivo, ayudará al paciente a explorar sus sentimientos y conductas asociados con las áreas problemáticas de su vida; esta búsqueda será tan concreta como sea posible y avanzará en la medida en que adquiera la confianza del paciente y éste mejore sus destrezas.

## Etapas II: Entendimiento integrativo/Autoentendimiento dinámico

El orientador integra los datos útiles, para concretar el panorama que se presenta.

- Destrezas del Orientador:

Todas las destrezas de la etapa I.

Empatía precisa. El orientador debe comunicar al paciente un entendimiento, no solamente de lo que el paciente dice sino también de lo que implica lo dicho por él, lo que sugiere y lo que no dice verbalmente; el buen orientador en esta etapa empieza a hacer conexiones entre las declaraciones aparentemen

te aisladas que hace el paciente.

**Auto-Descubrimiento.** El orientador está dispuesto a comparar su propia experiencia con el paciente, si al hacerlo realmente ayuda al paciente a entenderse mejor a sí mismo.

**Proximidad.** El orientador estará dispuesto a explorar su propia relación con el paciente, a explorar el aquí y el ahora de las interacciones paciente-orientador, de tal forma que ayude al paciente a lograr un mejor entendimiento de sí mismo, de su estilo interpersonal y de cómo está cooperando en el proceso de ayuda.

**Confrontación.** El orientador desafia las discrepancias y distorsiones en la vida del paciente y en sus interacciones dentro de la misma relación de ayuda. El orientador hace esto con el objeto de que el paciente desarrolle un conocimiento propio que conduzca al cambio constructivo de su conducta.

**Marcos de referencia alternos.** El orientador podrá ofrecer al paciente marcos de referencia alternos para observar su conducta, de tal grado que estos sean más precisos y constructivos que los del propio paciente.

- Destrezas del Paciente:

**Escuchar sin estar a la defensiva.** El orientador debe ayudar al paciente a desarrollar la destreza de escuchar, tanto al orientador mismo como a lo que se da en su entorno.

**Auto-entendimiento dinámico.** La autocomprensión debe servir para el cambio conductual. Es en esta etapa cuando el paciente se convence de que su conducta y las actitudes que la acompañan deben ser modificadas. Esta es tal vez la fase más

importante de la etapa II.

Etapa III: Facilitar la acción/actuar.

El paciente deberá actuar.

- Destrezas del Orientador:

Todas las destrezas de las etapas I y II.

Elaboración de programas de acción. Estos pueden incluir técnicas de solución de problemas, procesos de toma de decisiones, programas de modificación de conducta, etc.

Apoyo. A medida que el paciente se desenvuelve en programas de acción, aparecen temores y dudas, falla en ocasiones y en otras tiene éxito. También aparecen nuevos problemas. Es aquí cuando el orientador debe reforzar los éxitos del paciente y ayudarlo en los problemas que emergen de esta fase del tratamiento.

- Destrezas del Paciente:

Cooperación. Si el proceso de ayuda está siendo realizado adecuadamente, el paciente aprenderá la importancia de la cooperación en el proceso de cambio en su estilo de vida.

Riesgo. El paciente debe aprender cómo tomar riesgos por sí solo, empezando por riesgos pequeños y siendo reforzado cuando tiene éxito y ayudado a resistir los fracasos.

Actuar. Finalmente, es importante que el paciente desarrolle nuevas actitudes hacia sus relaciones interpersonales y en general al intercambio que establece con su medio ambiente.

Por último, el autor aclara que el modelo de desarrollo es abierto; que la ayuda efectiva debe ser el punto central y que modelos, sistemas y escuelas deben subordinarse a esto - (Egan, 1982).



## 3.2 CENTRO DE ADAPTACION INTEGRAL Y SUPERACION HUMANA (CAISH)

### 3.2.1 ANTECEDENTES DEL CAISH

Durante su gestión como director de Petróleos Mexicanos el Ing. Jorge Díaz Serrano, vió la necesidad que se tenía de -rehabilitar a todas aquellas personas que tuvieran problemas con su manera de beber. Así, a través de la Gerencia de Servicios Sociales, en el año de 1977 se desarrolló un programa para estudiar los problemas que se derivan del alcoholismo y las consecuencias que se interrelacionan con los índices de ausentismo, accidentes de trabajo y la productividad de los recursos humanos.

En octubre de ese año, se creó el primer Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, en el Distrito Federal. Para dar paso posteriormente a la creación de 5 centros en las ciudades de Reynosa, Tamps; Poza Rica, Ver; Salamanca, Cto; - Ciudad Camargo, Chih y Minatitlán, Ver.

### 3.2.2 OBJETIVOS DEL CAISH

- Difusión amplia de lo que es el problema del alcoholismo, dentro de la empresa y la comunidad.
  
- Sensibilizar y concientizar a los niveles de mando de la Institución, al STPRM, a los trabajadores y sus familiares, de los problemas que se derivan del alcoholismo.

- Detectar, canalizar y rehabilitar a los trabajadores de PEMEX que presenten problemas de esta índole, para reintegrarse a su medio social, familiar y laboral.
- Estudiar y aplicar las adecuadas medidas preventivas relacionadas con el alcoholismo y sus consecuencias, que se relacionan con el ausentismo, accidentes de trabajo y la productividad de los recursos humanos de la empresa.
- Que los familiares tengan un mayor conocimiento del alcoholismo y que detecten sus propios problemas, motivando el cambio de actitudes a través de la aceptación de sus conflictos para lograr una mejor integración familiar, mejorando sus relaciones humanas con sus familiares, sus compañeros de trabajo, con la empresa y con la sociedad en general.

### 3.2.3 INTEGRANTES

Para el mejor funcionamiento del Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, se creó en la ciudad de Minatitlán un comité Pro-Recuperación del Alcohólico, integrado por un miembro de la empresa (Jefe de Personal de la refinería "Lázaro Cárdenas"), siendo esta quien representa la máxima autoridad por parte de la empresa; otro integrante del comité era un representante sindical (el secretario de Previsión Social; para quien no tenga conocimiento de lo que es el sindicato de PEMEX, bastará indicar que el sindicato de trabajadores es importantísimo en la empresa, ya que se encarga de satisfacer las demandas de los empleados y de intervenir en los conflictos que se suscitan entre la empresa y los trabajadores, obteniendo la mejor parte en la mayoría de los casos el sindicato); el Departamento Médico de la refinería tenía asignado a un mé-

dico dentro del comité; además de participar también las trabajadoras sociales de la refinería y el personal de CAISH, que - estaba conformado por dos orientadores psicólogos, dos orientadores alcohólicos rehabilitados en Alcohólicos Anónimos y una trabajadora social.

### 3.2.4 PROGRAMAS DEL CAISH

El funcionamiento del Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, se centraba en el desarrollo de 4 programas básicos: difusión, sensibilización, rehabilitación y apoyo de familiares de alcohólicos.

A continuación exponemos los lineamientos generales de cada uno de ellos.

#### - Programas de Difusión

La difusión debería comprender información del síndrome de dependencia del alcohol y sus consecuencias sobre el individuo mismo, sobre la empresa, sobre sus familia y sobre la sociedad en general, como un serio problema de salud pública.

#### - Programa de Sensibilización

Los programas de sensibilización deberían incluir prácticas de información y orientación, apoyados por audiovisuales, películas, folletos, etc., al personal de la empresa en forma directa, por medio de un profesional y sensibilizadores capacitados del CAISH.

- Programa de Rehabilitación

La rehabilitación se debería llevar a cabo en los Centros de Adaptación Integral y Superación Humana, por medio de pláticas individuales por los orientadores del centro, pláticas y terapias individuales y de grupo, audiovisuales y películas dirigidas a los pacientes y familiares de éstos.

- Programa de Apoyo a Familiares de Alcohólicos

El programa se debería impartir a través de pláticas impartidas por la trabajadora social del centro; además de material didáctico y sesiones de dinámicas grupales.

A cargo del personal del Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, estaba desarrollar los programas de sensibilización, rehabilitación, apoyo a familiares de alcohólicos y por ende de prevención.

El desarrollo de dichos programas será especificado en el apartado de procedimiento dentro de la presente exposición.

#### 4. OBJETIVO

## OBJETIVO

CON EL PRESENTE ESTUDIO, SE PRETENDE DEMOSTRAR QUE EL PROGRAMA DE REHABILITACION ESTABLECIDO POR EL CENTRO DE ADAPTACION INTEGRAL Y SUPERACION HUMANA PARA ALCOHOLICOS, APLICADO BAJO EL ENFOQUE DEL METODO DE GERARD EGAN, ES MAS EFECTIVO QUE LOS METODOS UTILIZADOS TRADICIONALMENTE POR OTROS ORIENTADORES DENTRO DEL CAISH, - LOS CUALES HAN LOGRADO UNA RECUPERACION MAXIMA DEL 15% DE LOS ALCOHOLICOS QUE HAN TRATADO, BAJO ENFOQUES POCO SISTEMATIZADOS.

## **5. METODO**

### **5.1 SUJETOS**

### **5.2 ESCENARIO**

### **5.3 MATERIALES**

## 5.1 SUJETOS

Para el propósito específico de este estudio, se reunieron 20 trabajadores alcohólicos de la refinería "Gral. Lázaro Cárdenas" de Petróleos Mexicanos, en Minatitlán, Ver. Todos del -- sexo masculino, con edades que fluctuaron entre los 18 y 60 - años y escolaridades que iban desde primaria hasta profesionistas en ingeniería.

Existieron dos formas para que las personas con problemas en su ingestión de alcohol acudieran a tratamiento: Primero. La difusión que periódicamente se hacía sobre el alcoholismo, - la sensibilización, que consistió en las visitas que hicimos a las diferentes áreas de la refinería (talleres, plantas, oficinas, bodegas, patios, carros tanque, etc.) con el objeto de informar a la totalidad de los trabajadores petroleros las características principales del alcoholismo; sus síntomas primarios, los efectos orgánicos que el alcohol produce, la desintegración familiar que se presenta cuando un miembro de ésta es alcohólico, el gran gasto que hace el alcohólico para el "mantenimien - to" de su enfermedad y la posible solución a su conflictiva; pa - ra lo cual en el mismo lugar de trabajo se les proyectó el au - diovisual número 1, "El Problema Social del Alcoholismo" (ver anexo C), además, se contestó a sus preguntas referentes a -- quién puede ser un alcohólico y otras cuestiones relativas al - tema; también se les dió información sobre el CAISH, a fin de - que pudiesen acudir a tratamiento.

Segundo. Otra forma para que los trabajadores llegaran a trata - miento, era mediante el servicio médico o el departamento de - trabajo social de la refinería, siendo el procedimiento el si - guiente: las trabajadoras sociales recibían mensualmente las estadísticas de ausentismo que les eran enviadas por los jefes o ingenieros de las diferentes áreas; a través del análisis de estas listas, se detectaban aquellas personas que faltaban con-



tinuamente, posteriormente las trabajadoras sociales acudían al centro laboral del trabajador faltista, con el objeto de investigar las causas de sus inasistencias, si el jefe o los compañeros de dicho trabajador informaban que faltaba a causa de la ingestión de alcohol o bien que acudía a sus labores en estado de ebriedad, "crudo" o que inclusive había llegado a beber dentro de su centro de trabajo, las trabajadoras sociales nos informaban de dicha persona, convirtiéndose en candidato a tratamiento; después en compañía de algunos de nosotros se visitaba al trabajador para proponerle el tratamiento, en caso de que no se encontrara en su lugar de trabajo se visitaba su domicilio con el fin de informar a los familiares los síntomas básicos de la enfermedad y así lograr su cooperación en el tratamiento del trabajador.

En la junta del comité, se exponían los casos y lista con los nombres de los trabajadores que deberían asistir al centro, se obtenía el visto bueno del jefe de personal, la aprobación por parte del sindicato y se canalizaba a los candidatos al servicio médico, a fin de que se les extendiera el amparo por un mes, esto es, se le pagaba al trabajador para que asistiera a recuperación. Cabe mencionar, que existieron personas que se negaron a asistir al CAISH, renunciando inclusive al amparo médico.

## 5.2 ESCENARIO

El trabajo de difusión y sensibilización se llevó a cabo en la refinería "Gral. Lázaro Cárdenas" en Minatitlán, Ver.

La aplicación del programa de rehabilitación se realizó en el Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, dependiente de Petróleos Mexicanos, ubicado en la Av. Salvador Díaz Mi-

rón No. 75, Col. Obrera en la misma ciudad.

En centro está integrado por un cubículo de recepción, un cubículo para terapia individual, tres salas para terapia grupal, cocina y dos baños. El mobiliario consistía en sillas, - mesas y closets.

### 5.3 MATERIALES

- una grabadora
- una pantalla manual de 2 por 1.20 mts.
- 6 cassettes de 30 min. de duración cada uno
- 6 carruseles para diapositivas, con una capacidad de 80 transparencias cada uno.
- un proyector para diapositivas con pantalla integrada.
- una videocassettera de formato VHS
- una televisión de 14 pulgadas a colores
- 480 diapositivas en colores
- 3 pizarrones de 2 por 1.80 mts., gises y borradores
- hojas y lápices

## 6 . PROCEDIMIENTO

### 6.1 PROGRAMA DE DIFUSION

### 6 .2 PROGRAMA DE SENSIBILIZACION

### 6.3 PROGRAMA DE REHABILITACION

## PROCEDIMIENTO

Como se explicó en el capítulo 3, correspondiente a la estructura y objetivos del CAISH, el centro cuenta con los objetivos que un orientador debe cubrir, así como los materiales que debe manejar para la aplicación de sus terapias, no obstante, nunca menciona la forma en que esto se debe hacer, por lo que un orientador tiene la libertad de aplicar el tratamiento bajo el enfoque que desee y el método que mejor le parezca, lo cual provoca que exista poca homogeneidad con deficiencias en la sistematización y técnica utilizadas, influyendo definitivamente en la confiabilidad del tratamiento terapéutico.

Nosotros nos apegamos a los lineamientos establecidos por la institución, retomando (objetivos, contenido del material de apoyo) para su aplicación el modelo del Orientador Experto de Gerard Egan.

A continuación se desarrolla el proceso que se siguió para tal fin, puntualizando las etapas realizadas en cada programa.

### 6.1 DIFUSION

El departamento de difusión de la Gerencia de Servicios Sociales, se encargaba de difundir mensualmente en la población de PEMEX, folletos con información sobre:

- El uso y abuso del alcohol
- El CAISH y su función

- y otros, orientados a la detección de personas con de -  
pendencia del alcohol.

## 6.2 PROGRAMA DE SENSIBILIZACION

### 6.2.1 Para el comité pro-recuperación del alcohólico.

Es necesario aclarar que este programa se tuvo que aplicar inicialmente al comité pro-recuperación del alcohólico, debido a que nos encontramos ante un desconocimiento parcial o total por parte del jefe de personal, miembros del sindicato e incluso los médicos y trabajadoras de lo que era el alcoholismo y sus consecuencias, por lo que las primeras juntas del comité adquirieron carácter de información para estas personas, es decir, se les tuvo que educar respecto al alcoholismo, de -  
mostrándoles que era un problema que no solo afectaba al suje-  
to, sino también a la empresa y al sindicato y que además se -  
podía detener; con el fin de obtener de ellos la mayor coopera-  
ción posible.

### 6.2.2 Para los trabajadores

El programa de sensibilización para los trabajado-  
res, lo realizó el personal del CAISH y su desarrollo fue ex -  
plicado en el capítulo 5 (Ver apéndice I).

## 6.3 PROGRAMA DE REHABILITACION

### 6.3.1 Desintoxicación

El servicio médico de la Institución, llevó a cabo cuando así se requirió, la internación y desintoxicación de los pacientes antes de iniciar el tratamiento.

### 6.3.2 Programa del CAISH

Una vez reunido el número de pacientes (20 personas), se procedió a la aplicación del programa de rehabilitación, el cual consistió de no menos de tres sesiones de terapia individual y veinte de terapia grupal.

#### 6.3.2.1 Sesiones de terapia individual

- Entrevista. Su objetivo fundamental fue conocer en forma general la situación en que se encontraba el paciente al iniciar el tratamiento. Así, mediante la entrevista se hizo la exploración acerca de las áreas: personal emocional, familiar, laboral, económica y del alcoholismo (ver anexo A). La duración por sesión fue de 60 minutos.
  
- Información reafirmatoria. Tenía el fin de confirmar la decisión del paciente a iniciar su rehabilitación. Se le daba información referente a las características básicas del alcoholismo y de los síntomas primarios de las personas alcohólicas; también se les informaba respecto al funcionamiento del CAISH; cuando el paciente mostró reticencia en el reconocimiento propio de la sintomatología, se recurrió a la proyección del audiovisual número 1, "El Problema Social del Alcoholismo" (Ver anexo C).

### 6.3.2.2 Sesiones de terapia grupal

La terapia grupal tuvo como objetivo, el dar al paciente un conocimiento de lo que es el alcoholismo, así como de todas las implicaciones que se derivan de él; por lo que dicho conocimiento - abarcó: las consecuencias que produce el alcohol en el organismo, la desintegración familiar que - provoca un alcoholico, el desconocimiento que tiene de sus propios estados emocionales, los mecanismos de defensa que utiliza con el fin de proteger su estabilidad emocional o salud mental, el grado de avance que tiene el alcoholismo en su caso, etc.

Con el fin de hacer más accesible esta información, el programa de sesiones de terapia grupal se dividió en 20 temas (ver anexo B), cada tema tuvo un objetivo, que al unirse con los objetivos de todas las sesiones establece que mediante el conocimiento que el paciente adquiera de su persona, estados emocionales, relaciones interpersonales, - etc. y la confrontación que haga de este conocimiento con su situación actual, logrará dejar de beber; además de que los logros obtenidos en el lapso de abstinencia servirán como reforzadores a esta conducta.

La exposición de los temas estuvo a cargo de los orientadores psicólogos con el apoyo de - material audiovisual (ver anexos C a H).

### 6.3.2.3 Apoyo a familiares de alcoholico

El programa se impartió a través de pláticas otorgadas por la trabajadora social del cen -

tro, apoyándose con material didáctico y sesiones de dinámicas grupales, siendo los temas tratados: conocimiento del alcoholismo, conocimiento de problemas como pareja, conocimiento de problemas familiares, aceptación de ser familiar de un alcohólico, aceptación de los propios problemas, aceptación de los problemas familiares y cambio de actitudes.



## 7. RESULTADOS

Como se indicó en el objetivo de esta investigación, la respuesta deseada para medir la efectividad del tratamiento, fue la abstinencia de ingestión de alcohol de un grupo de 20 alcohólicos durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

El seguimiento se llevó a cabo inicialmente durante el mes de tratamiento, directamente por nosotros, basándonos en la - asistencia de los pacientes al centro y en la convivencia cotidiana con ellos.

Posteriormente, al volver los trabajadores a su lugar de labores, el Depto. de Trabajo Social nos apoyo enviándonos su registro de asistencia mensual, además de sus reportes de visitas a los domicilios de los involucrados y de la información proporcionada por los jefes y compañeros de trabajo correspondientes.

Debido a las condiciones del tratamiento durante el mes - que fue impartido, el grupo completo (20 personas) se mantuvo - en abstinencia puesto que permanecía en el Centro las horas que normalmente dedicaban a su trabajo y como se explicó anterior - mente, si se detectaba que habían consumido alcohol en el transcurso de los 30 días eran dados de baja del CAISH, sin opción a regresar.

En la tabla 1 podemos observar que 6 de los 20 pacientes lograron la abstinencia durante y hasta el fin del seguimiento, correspondiendo estas cifras a un 30% del total de la población.

También se muestra, que 6 de los 20 pacientes permanecie - ron abstemios durante y hasta el fin del seguimiento, correspon - diendo estas cifras a una proporción porcentual de 30% del total de la población.

TABLA 1

RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACION DEL TRATAMIENTO

SUJETOS	ABSTINENCIA LOGRADA DURANTE EL SEGUIMIENTO (6 MESES)
1	1
2	0
3	1
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	1
10	1
11	0
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	1
18	0
19	0
20	1
<b>PORCENTAJE GRUPAL</b>	<b>30%</b>

1 - Significancia respuesta positiva

0 - Significancia respuesta negativa

## 8. CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue demostrar que el programa de rehabilitación para alcohólicos establecido por el Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, aplicado bajo el enfoque del modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal de Egan, sería más efectivo que la forma en que era manejado tradicionalmente por otros orientadores dentro del centro los cuales presentaban falta de sistematización, de homogeneidad en su aplicación, y deficiencias en una positiva relación con los pacientes, lo cual implicaba que la confiabilidad del tratamiento fuera mínima, logrando una recuperación máxima del 15% de los grupos de alcohólicos tratados con anterioridad.

Con la aplicación del programa de recuperación manejado con el modelo de Egan se alcanzó el 30% de abstinencia de los alcohólicos tratados, por lo cual se podría afirmar que la eficacia se duplicó, confirmándose que dicho enfoque (Egan) funcionó mejor que los utilizados con anterioridad en el CAISH.

No obstante de que un porcentaje del 19% de los alcohólicos (en USA) se recuperan sin tratamiento alguno, los resultados que obtuvimos (30%) superan dicha cifra.

En comparación con las aproximaciones terapéuticas orientadas hacia la abstinencia, podemos decir que el tratamiento aplicado en el presente trabajo se encuentra en el término medio del rango de efectividad que va del 5% al 53%.

Respecto a las aproximaciones terapéuticas orientadas a la moderación, se encontró que en la actualidad son más utilizadas y funcionan en forma global, mejor que las anteriores (orientadas a la abstinencia) y consecuentemente superan los datos obtenidos en este trabajo.

Por otra parte, es necesario resaltar el interés de una institución laboral por la superación de un problema de tal magnitud y con grandes desventajas para su minimización, la cual se ha enfrentado desde el desconocimiento de este fenómeno dentro de su propia administración hasta cuantiosas pérdidas humanas y económicas, sin embargo se esfuerza por prestar cada vez mejores servicios a su personal que finalmente se manifiesta en ventajas para la propia institución.

Por lo anteriormente dicho, podemos resumir que si bien el Modelo de Egan -aplicado a las condiciones específicas- no supiera significativamente los porcentajes de recuperación o de tratamiento orientados a la abstinencia, si ha llegado con el presente trabajo a ser un logro importante para el CAISH, en virtud de las dificultades que de hecho se presentan al tratar el problema del alcoholismo a todos los niveles y en este caso en el ambiente laboral.

Por otra parte, es necesario resaltar el interés de una institución laboral por la superación de un problema de tal magnitud y con grandes desventajas para su minimización, la cual se ha enfrentado desde el desconocimiento de este fenómeno dentro de su propia administración hasta cuantiosas pérdidas humanas y económicas, sin embargo se esfuerza por prestar cada vez mejores servicios a su personal que finalmente se manifiesta en ventajas para la propia institución.

Por lo anteriormente dicho, podemos resumir que si bien el Modelo de Egan -aplicado a las condiciones específicas- no supera significativamente los porcentajes de recuperación o de tratamiento orientados a la abstinencia, si ha llegado con el presente trabajo a ser un logro importante para el CAISH, en vir-tud de las dificultades que de hecho se presentan al tratar el problema del alcoholismo a todos los niveles y en este caso en el ambiente laboral.

## 9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS



Dentro de las limitaciones para el logro del objetivo del presente trabajo nos encontramos con las características físicas de la Ciudad de Minatitlán, en donde abundan las bebidas alcohólicas y al alcance de cualquier persona, el clima muy caluroso que lleva al consumo de alcohol, la falta de lugares y actividades recreativas de la población, la deficiencia en el área educativa, y la gran ignorancia que existe a todos rive - les respecto al alcoholismo.

El modelo de Egan puede ser utilizado en todas los ámbi-tos donde exista un orientador que desee realizar su labor en forma práctica y sistemática con la seguridad de que la realizará en forma confiable.

El tratamiento o enfoque que se utilice será tan confia-ble como se sistematice y se haga homogénea su aplicación; especificando en el tratamiento presentado aquí, se sugiere se aplique repetidamente y se busque aumentar o maximizar su confiabilidad y se trabaje sobre su validez, teniendo en cuenta todas las limitantes que se puedan presentar.

Invitamos a las personas interesadas en este tópico, aquí retomen los datos del presente estudio y sigan adelante en su manejo, puesto que permanece un largo camino por recorrer y - una gran población para ser beneficiada.

## APENDICES

## APENDICE "A"

### ENTREVISTA REALIZADA EN SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL.

A continuación se exponen las preguntas guía que se incluyeron dentro de las entrevistas de terapia individual, bajo la aclaración de que el contenido era flexible de acuerdo a la dinámica de cada paciente, así, se añadieron o suprimieron algunos aspectos en las diferentes áreas.

#### Area personal emocional

- ¿Cómo se siente en este momento?
- ¿Por qué demanda asistencia terapéutica?
- ¿Cuál fue el hecho precipitante para que decidiera asistir a tratamiento?
- Se preguntó y observó si el paciente sufría depresión o cualquier otro estado de ánimo.

#### Area familiar

- ¿Cómo son las relaciones con su familia?
- ¿Qué tipo de relaciones tiene con su cónyuge?
- ¿Qué tanta y de qué forma es la comunicación con su esposa e hijos?
- ¿Cómo es la relación con sus hijos?
- ¿Cómo y con qué frecuencia es reprobada su conducta de beber por parte de la familia?
- ¿Cuánto y de qué manera interviene en las decisiones que se toman en el hogar?
- ¿Hasta qué punto siente que ha perdido su lugar en el núcleo familiar?

### Area económica.

- ¿Tiene cuentas de crédito en algún almacén o banco?
- ¿Ha tenido adelantos en la recepción de su sueldo o en el fondo de ahorros?
- ¿Tiene préstamos vigentes por parte de la empresa o del banco?
- ¿Qué tanto participa en la economía y gastos familiares?
- Se exploró si el paciente tenía solvencia o problemas monetarios.

### Area laboral.

- ¿Tiene o ha tenido rescisión de contrato?
- ¿Cuáles fueron los medios que utilizó para su reinstalación y por cuánto tiempo permaneció retirado de sus labores?
- ¿Ha sido suspendido y por cuántos días?
- ¿Ha tenido llamadas de atención por parte de sus jefes?
- ¿Con qué frecuencia pide permisos renunciables y por cuántos días?
- ¿Cuál es la frecuencia de sus inasistencias al trabajo?
- ¿Ha estado bajo amparo médico, cuál fue la causa y por cuánto tiempo?
- ¿Cómo son las relaciones con sus jefes y compañeros de trabajo?

### Area de alcoholismo.

Se prestó marcada atención a revisar y obtener información acerca del grado de alcoholismo de la persona y los síntomas que presentaba y había presentado a lo largo de su adicción.

- ¿Cuándo bebió por primera vez?

- ¿Qué sintió en esa primera ocasión?
- ¿A qué edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas con más frecuencia?
- ¿A qué edad se emborrachó por primera vez?
- Tiempo transcurrido desde que empezó a beber hasta que sintió la primera "cruda" física.
- ¿Cuándo recurrió por primera vez al alcohol para mitigar los malestares provocados por la borrachera anterior, es decir, cuándo se curó su primera "cruda" física?
- ¿En qué momento sintió la necesidad de beber?
- ¿Cuáles son los sentimientos o emociones que experimenta antes y después de beber?
- ¿Cuándo sintió que el alcohol ya le estaba provocando problemas tanto en su físico, familiares, de trabajo y economía?
- ¿En qué momento experimentó su primera "cruda" moral?
- Actos que haya cometido en estado de ebriedad y que le provoquen remordimientos.
- ¿Contra qué persona tiene resentimientos?
- ¿Cuándo y de qué naturaleza han sido sus periodos de depresión?
- ¿Por qué bebe?

## APENDICE "B"

### CONTENIDO DE LAS SESIONES DE TERAPIA GRUPAL

A fin de ofrecer mayor claridad, exponemos los aspectos generales que se cubrieron dentro de las pláticas de terapia grupal.

#### Tema 1: ¿Qué es el alcoholismo?

Se explicó en forma detallada en qué consiste el alcoholismo; por qué no es un vicio; cuándo una persona se puede considerar alcohólica y cuándo no; se dió información acerca de la irreversibilidad del alcoholismo. En esta sesión se proyectó el audiovisual "El problema social del alcoholismo" (Ver apéndice "C"), con el objeto de apoyar la explicación.

#### Tema 2: Efectos orgánicos del alcohol.

En forma clara y sencilla se describieron los efectos que produce el alcohol en el organismo de una persona; la desintegración celular que sufre el organismo ante el contacto con la bebida; el trastorno en los vasos capilares; la obstrucción de venas y arterias; la dificultad que tiene el hígado para metabolizar el alcohol; la forma en que afecta al sistema nervioso central; la posibilidad de padecer úlcera, cirrosis, paro cardíaco, paro respiratorio, etc. En la exposición de este tema, se recurrió a la proyección del audiovisual "Efectos del alcohol en el organismo" (Ver apéndice "D").

### Tema 3: La progresividad del alcoholismo.

La exposición de este tema sirvió para determinar el grado de avance de alcoholismo en cada uno de los pacientes. Se hizo una semblanza de los pasos por los que transita un alcohólico, desde ser un bebedor social hasta convertirse en un alcohólico y las diferentes etapas de la dependencia.

Para facilitar el autodiagnóstico se hizo uso del audiovisual "La progresividad del alcoholismo" (Ver apéndice "E") y del folleto "La escalera hacia el alcoholismo" (Ver apéndice "F"), en donde se detallan claramente los síntomas de las diferentes etapas de la dependencia al alcohol.

### Tema 4: Tensiones, conflictos y depresión.

Aquí se habló de los estados emocionales del alcohólico, principalmente de los estados que lo inducían a beber.

Se definió la tensión como el estado precedente al conflicto; después se prosiguió con la depresión, enunciándose como resultado de una situación conflictiva y haciendo énfasis en que para el alcohólico es difícil resistir la depresión por lo que para mitigarla tiene que beber. El enlace de estos elementos, se dijo, nos revela la existencia de un círculo vicioso que se repite invariablemente en la vida del alcohólico. Se concluyó señalando que el único elemento que se puede suprimir es la bebida, ya que los demás estarán invariablemente presentes a lo largo de la vida del alcohólico y de cualquier persona.

### Tema 5: Recuperación integral del alcohólico.

Aquí hicimos una exploración de las diferentes áreas en

donde se ve involucrada una persona; hicimos un análisis del alcohólico en sí mismo (físico, moral, emocional, afectivo, etc.) y de las personas y actividades con que interactúan (familia, trabajo, economía, compañeros de trabajo, amistades, etc.). Por lo tanto, tratamos de explicar a los pacientes la necesidad que se tiene no solo de resarcir el daño que ellos mismos se han causado, sino también la importancia que tiene lograr una mejor relación con todas las personas y actividades que lo rodean.

Se incluyó por primera vez el término "sobriedad" e hicimos una diferenciación entre éste y el de "abstinencia".

Dijimos que buscábamos la sobriedad y no solo la abstinencia, entendiéndose por sobriedad todas aquellas formas de análisis, que haga la persona para mantenerse en relación armónica con la sociedad. El sobrio tiene conocimiento de sus emociones y existe concordancia entre su ser, pensar y actuar. El abstemio es aquella persona que, es cierto, ha dejado de beber, pero sigue manteniendo todas aquellas pautas conductuales de cuando bebía. En este tema se incluyó la proyección del audiovisual "Recuperación del alcoholismo" (Ver anexo G).

#### Tema 6: Conflictos, frustraciones y resentimientos.

De la misma forma que en el tema 4 partiendo ahora desde el conflicto, explicamos qué se entendía por frustración, definiéndola como la no realización de un deseo; aquí ahondamos en una característica básica de la personalidad del alcohólico: su baja tolerancia a la frustración, lo cual trae como resultados el resentimiento hacia todas aquellas personas que le impidieron conseguir lo que deseaba; el alcohólico para aliviar ese resentimiento recurría a lo único que sabía hacer en esos momentos, beber. Nuevamente tratamos este tema como una serie de causas y efectos, dando como resultado un círculo vicioso, el -



cual se podría romper con la conducta de no beber.

#### Tema 7: Negación del problema.

Tratamos de explicar en este tema la angustia subyacente que experimenta el alcohólico ante la admisión de su problema. Vimos que negando su alcoholismo era la única manera de mitigar la angustia que sentía ante los problemas que de una u otra forma tenía que enfrentar. Dijimos que la negación es un rasgo sintomático de la dependencia y que todos los alcohólicos en una u otra medida pasan por él.

#### Tema 8: Mecanismos de defensa.

En este tema explicamos la función de los mecanismos de defensa, así como los principales utilizados por el alcohólico (negación, racionalización, proyección e intelectualización). Se dijo que el alcohólico utiliza la racionalización con el fin de justificar sus actos ante los demás y librarse de las acusaciones de sus allegados; la proyección, que la utiliza cuando justifica sus acciones en base a la comparación de los actos de otras personas que también beben. Además, vimos la importancia que tenía la identificación con otras personas alcohólicas que han avanzado en su recuperación y que podían servir como modelo al alcohólico que iniciaba su rehabilitación.

#### Tema 9: Reincidencia o recaída

Se manejó como la consecuencia de la pérdida de atención que sufre el alcohólico durante su tratamiento. Generalmente, cuando un alcohólico recae, reporta no haberse dado cuenta de cuándo o por qué comenzó a beber. Emocionalmente, la recaída

es muy importante y sus efectos generalmente desmoralizan al paciente, ya que verá disminuída su autoestima, misma que empezaba a recobrar en los primeros días de su rehabilitación; sus familiares se sentirán defraudados y pensarán que los intentos de abstinencia han sido como los anteriores, inútiles. Es muy difícil que el alcohólico que recae decida reiniciar su tratamiento, por lo que hubo que prevenir a nuestros pacientes sobre todos los efectos físicos y psicológicos de la recaída.

#### Tema 10: Uso del tiempo

Hicimos una división convencional de tiempo, dividiendo un día en tres partes: trabajo, sueño y descanso; dijimos que el alcohólico en actividad no se sujeta a estos lineamientos, ya que la mayor parte del tiempo la utiliza para beber y dormir, convirtiéndose esto en un ciclo. Que durante los primeros días de iniciada la rehabilitación, es difícil llenar ese espacio de tiempo que queda libre entre el trabajo y el sueño, ya que por lo general el alcohólico no sabe que hacer con su tiempo libre.

#### Tema 11: Derrota, admisión y aceptación

Consideramos que este tema era uno de los principales del programa. Dijimos que se concibe a la derrota como el primer paso necesario para el inicio de la rehabilitación, es indispensable que el alcohólico admita su impotencia de controlar su ingestión de alcohol, ya que de no hacerlo, seguramente volverá a beber. Ahondamos diciendo que para las personas alcohólicas la palabra derrota significa el inicio de la rehabilitación; lo cual difiere del significado de esta palabra para las personas alcohólicas, quienes lo toman como fracaso, humillación, impotencia, etc.

La aceptación comprendía el compromiso que el alcohólico hacía consigo mismo para poner todo su esfuerzo en su recuperación y por añadidura, la admisión serviría para entrar en acción ante su dependencia.

### Tema 12: Necesidad de un inventario.

Explicamos la necesidad que tenía el alcohólico de realizar un análisis de todas y cada una de sus virtudes y defectos, con el objeto de orientar su recuperación. Exploramos todas las áreas donde se tenían conflictos como: personal, familiar, laboral, social, etc.

Dijimos que el inventario consistía en hacer una lista de las actitudes hacia las áreas antes mencionadas, con la finalidad de observar cómo es que interactuaban con éstas.

Si consideramos a la rehabilitación como un cambio de actitud hacia la vida misma, era necesario saber qué cosas eran las que necesitábamos cambiar; de ahí que el inventario debería contener una gran dosis de honestidad, rectitud y sobre todo un exhaustivo análisis de dichas formas de conducta.

### Tema 13: Análisis compartido de sí mismo.

En este tema, hablamos de la catarsis emocional y de la necesidad que tiene el alcohólico de realizar esa catarsis con otra persona.

Vendría a ser este tema el complemento al anterior, ya que aquí se reportaron los resultados del inventario.

En psicología, sabemos la importancia que tiene terapéuti

camente la catarsis, por lo que se trató de motivar a los pacientes a realizarla.

#### Tema 14: Alcoholismo, problema familiar y social.

Aquí empezamos a hablar más ampliamente de la familia, de los malestares que provoca el alcohólico en su familia, del estado emocional en que viven la esposa, los hijos, los padres del alcohólico cuando bebe y dice y hace actos que después le son criticados.

Socialmente, se habló de las dificultades específicas que sufre el alcohólico ante la sociedad que lo rechaza y le condena su conducta.

Como un apoyo a la comprensión de este tema, se proyectó el audiovisual "La familia del alcohólico" (Ver anexo B).

#### Tema 15: Propósitos, valores, metas e ideales.

Hablamos de la incongruencia que tienen los alcohólicos cuando hablan de querer hacer algo; generalmente, estando en actividad piensan y sueñan realizar actos que están muy lejos de poder hacer; es decir, sus propósitos, valores, metas e ideales son irreales, sólo producto de su fantasía. Vimos que al avanzar la recuperación, éstos adquieren otro carácter, ya que se convierten en algo concreto y realizable.

#### Tema 16: ¿Cómo vivir con la familia?

Analizamos primeramente, cómo es que el alcohólico ha vivido con su familia; vimos que generalmente el alcohólico tie-

ne deterioradas sus relaciones con todos los integrantes de su familia; tratamos de investigar cómo era la comunicación y en base a esto, propusimos como paso inicial el desarrollo de la comunicación entre el alcohólico y su familia. Hablamos de las actitudes del paciente y también se dijo que la familia le tiene resentimientos y que no era extraño que aún estando en rehabilitación su familia continuara rechazándolo.

#### Tema 17: Liberación personal y autoestima

Hablamos de lo importante que es para el alcohólico tener confianza en que puede rehabilitarse, confianza que ha ido adquiriendo a lo largo del tratamiento (con esta sesión ya son tres semanas en que el paciente no ha bebido), esta motivación y el señalamiento de que su cambio le sería de mucha utilidad y que trataríamos de que encontrara en su propia conducta el reforzador a su abstinencia.

#### Tema 18: El deseo de vivir y la importancia de ayudar a los demás.

Comentamos de la responsabilidad que adquiere el alcohólico consigo mismo y con los demás, ahora que ya conoce alternativas de vida diferentes al beber. También explicamos la importancia que tiene para su recuperación el poder ayudar a personas que están teniendo problemas con su manera de beber.

#### Tema 19: Madurez emocional.

Se dijo que madurez emocional significa el cambio de actitudes hacia los problemas a los que nos enfrentamos; evidentemente que esto es un problema difícil de transitar, ya que con

tinuamente el alcohólico estará regresando a sus viejos moldes de conducta. Ahondamos en el término sobriedad y en el cambio psicológico que implica llegar a él. Un aumento en la capacidad para tolerar la frustración, es de vital importancia ya - que de lo contrario el alcohólico explota como lo hacía anteriormente.

Tema 20: Evaluación final.

Discutimos los logros obtenidos en las cuatro semanas de tratamiento y se motivó al alcohólico a continuar asistiendo al Centro de Adaptación Integral y Superación Humana, con la finalidad de profundizar en sus problemas.

## AUDIOVISUALES

Los audiovisuales se conforman cada uno por una cinta para grabadora con una duración aproximada de 40 min. y un juego de diapositivas relacionadas con el tema tratado y representado gráficamente en forma de caricaturas.

A continuación se presenta el texto que incluye cada cinta, con el fin de dar una idea de este material de apoyo.

## • APENDICE "C"

### AUDIOVISUAL

#### EL PROBLEMA SOCIAL DEL ALCOHOLISMO

Vivimos en un mundo que utiliza socialmente la droga alcohol etílico, ésta se ofrece disfrazada en distintas formas, tales como la cerveza, el pulque, los destilados y vinos; y también se bebe mezclada, como la cuba libre, la margarita, el martini y muchos otros cocteles.

Una persona de cada doce que llegue a probar la droga etílica, se convierte en alcohólica. Contra la opinión popular, sólo el 5% de los alcohólicos llegan a la total indigencia, a teporochos; el otro 95% son personas como usted, como yo, que trabajamos y vivimos integrados en un hogar. Los bebedores problema, parece ser que nunca han aprendido a manejar los problemas, las tensiones de la vida diaria. Con el fin de comprender esto, comparemos a doce bebedores con doce ollas express llenas de agua y puestas en la lumbre, si una de las ollas tuviera su válvula descompuesta ¿qué pasaría?, explotaría, y esto es en forma análoga lo que le sucede al bebedor problema, ya que no puede resistir los problemas del diario vivir como: los familiares, los económicos, los físicos, los ocupacionales o de trabajo, los psicológicos y los sociales; que son en forma similar la flama sobre la que está la olla express.

Los problemas pueden ser producto de la ambición, de los fracasos, de los resentimientos, de las frustraciones, de los conflictos o de la soledad.

Sabemos que todas las personas beban o no, tienen proble-



mas, pero cuentan con válvulas de escape que evitan que esta - llen, estas válvulas son: juegos o deportes, pasatiempos y es - pectáculos, religión o ideales, estudio o trabajo, vida fami - liar o convivencia, y descanso. Pero cuando el alcohol es usa - do por las personas para proporcionar alivio a cualquiera de - los problemas, se abre una nueva válvula de escape, y esto ha - ce que gradualmente se cierran todas las demás y por último, el alcohol por ser una droga y crear dependencia, se convierte en un problema en sí; o sea, que la válvula del alcohol al ce - rrarse también deja de ser el escape buscado, dejando tan solo angustia, desesperación, la famosa cruda física y moral.

El alcoholismo se caracteriza por la falta de control en la conducta de las personas cuando beben alcohol en cualquiera de sus formas, es decir, si quien bebe comete locuras porque no puede evitar cometerlas cuando está bebiendo, es dependiente del alcohol, es manejado por él, es alcohólico. Pero nadie quiere oír, ver, ni hablar acerca del alcoholismo, como antes tampoco se quería hablar del cáncer, la lepra, la tuberculosis, la sífilis o la epilepsia.

Veamos ahora algunos efectos del alcohol en las personas. El organismo se daña cuando se bebe alcohol, porque como se di - jo antes es una droga, cuyo efecto comienza dos minutos des - pués de haber sido ingerido. Cuando se toman bebidas alcohóli - cas, la cantidad que se ingiera producirá determinados estados de ánimo, según aumente la cantidad que se consuma; si se be - ben unas tres copas o tres cervezas, se produce un estado de euforia; pero si se beben dos copas más, se llega a un estado de agitación y torpeza en los movimientos voluntarios; de se - guir bebiendo al mismo ritmo, la persona llora, se enoja con facilidad, se vuelve agresiva; de seguir bebiendo, el bebedor no puede percibir los peligros y tiene más probabilidades de sufrir accidentes o de causarlos; de seguir bebiendo más, se - entra en un estado de sueño profundo y de insensibilidad al do

lor y de beber más antes de entrar en sueño, la concentración de alcohol en la sangre puede ser superior al .5% y ocasionar la muerte.

Debe tomarse en cuenta sin embargo, que depende naturalmente del tamaño de las copas y de la prisa con que se beban, el pasar de un estado de intoxicación a otro con más o menos rapidez; es por ello, que muchos niños y mujeres que por lo regular beben a escondidas, así como hombres que hacen apuestas, pueden caer dentro de los estados de inconciencia, coma y muerte; pero, curiosamente quienes padecen de alcoholismo son los últimos en admitirlo. Generalmente se oye decir: "no soy alcohólico porque sólo tomo cerveza", si en la mayoría de los casos en que bebe cerveza pierde el control, sí es alcohólico; "no soy alcohólico porque no bebo en las mañanas", si cada vez que bebe afecta a su familia, a su trabajo, a su economía, sí es alcohólico, aunque no beba en las mañanas, aunque no se la cure; "no soy alcohólico porque no me quedo tirado en la calle", sí es alcohólico si llega a la inconciencia en su casa; "no soy alcohólico porque nunca bebo solo", sí es alcohólico si pierde el control, se pica o empieza a beber aunque sea en compañía de otros y no le importan los compromisos con tal de seguir bebiendo; "no soy alcohólico, yo dejo de beber cuando quiero", sí es alcohólico si cuando bebe no controla lo que dice, llora o pelea, y no recuerda después, ni se acepta a sí mismo ni a los demás, mientras quiere dejar de beber; "no soy alcohólico, tengo dinero y posición social, además no le falta nada a mi familia", sí es alcohólico si a su familia le falta la tranquilidad por su forma excesiva de beber, ya sea en su casa o fuera de ella; "no soy alcohólico porque solo bebo dos o tres copas", sí es alcohólico si con dos o tres copas pierde el control, se perjudica a sí mismo y afecta a los demás; "no soy alcohólico porque jamás faltó al trabajo", sí es alcohólico si rinde mucho menos en el trabajo por haber bebido, por estar crudo, por curársela en horas de trabajo o beber en el trabajo; "no soy alcohólica, soy

una mujer decente", si es alcohólica aunque decente, si le sucede de cualquiera de las cosas que se han mencionado. Es importante saber que el 25% de los alcohólicos son mujeres. En síntesis, si por beber alcohol etílico desequilibra su vida social, familiar, su salud, su economía o su manera de pensar, está siendo afectado por el alcohol.

Los problemas que se causan los bebedores a sí mismos son graves, pero los que les causan a sus familiares, allegados, jefes o subordinados y a la sociedad en general, pueden ser peores aún; al cónyuge, a los familiares cercanos los afecta en su economía, en su estado de ánimo, en sus relaciones familiares, sociales, o en sus relaciones sexuales; a sus hijos los afecta al matrarlos, al sabotear sus relaciones, al negarles afecto, al dejar de proporcionarles orientación, al darles mal ejemplo, al no vigilar sus estudios, al darles lo superfluo y privarlos de lo necesario; al jefe, a los subordinados, a la empresa, los afecta por que no se sabe si se cuenta con él, por el malestar que produce su inconstancia entre los compañeros y por lo mucho que le cuesta a la organización.

El alcoholismo tiene varias fases: la fase social, que aparentemente no afecta a nadie, salvo cuando se maneja después de beber, hay accidentes, hay pleitos, se llega a la cárcel y ahí se niega haber bebido; la fase intermedia o de dependencia física, en la que se vive para beber, y aumentan los problemas familiares, de salud y de trabajo; la fase crucial o de nutrición, en donde se bebe para vivir, y crecen todos los problemas anteriores en forma aguda, volviéndose esclavo del alcohol; la fase final, en la que sólo hay dos alternativas, la a) que es capitulación, tratamiento o rehabilitación, y la b) que es invalidez, enfermedad, cárcel y muerte.

Para volver a abrir las válvulas que ayuden a integrarse a una vida plena, existen muchos obstáculos, ya que hay que tomar

en cuenta que por lo regular no se ayuda al alcohólico porque es como si él estuviera cómodamente sentado en la parte visible de un témpano, sostenido por una masa muchísimo más grande, que impide que se rinda, reaccione y pida ayuda. La parte oculta del témpano está formada por la familia del alcohólico, que a pesar de los problemas no adopta una actitud firme para que deje de beber; por su jefe directo que dice "ha sido un trabajador leal durante años y hace el trabajo de hombre y medio cuando está presente", dejándose llevar por sus emociones, en lugar de tomar una actitud adecuada; por sus compañeros de trabajo y el sindicato que dicen "qué hará su pobre familia si llega a perder el trabajo, mejor no hay que reportarlo, hay que defenderlo"; o por los médicos que lo amparan en tanto se le pasen las molestias del día anterior. Como se ha visto, el alcoholismo es un problema muy grave, pero puede ser tratado y detenido, si a quien lo padece se le deja de ocultar, quitándole los apoyos para que no siga negando su alcoholismo y nade a su rehabilitación.

El Centro de Superación Humana, le ofrece la ayuda necesaria para resolver la situación tanto del familiar, como la del bebedor problema, a través de audiovisuales, folletos, carteles, pláticas en los centros de trabajo que ayuden a que se comprenda el problema del alcoholismo y sus consecuencias, por medio de orientación individual y grupal en el Centro de Superación Humana, del encauzamiento especial para los hijos del matrimonio que tenga problema alcohólico. Para quien lo solicite; información acerca de los recursos de la comunidad tanto de desintoxicación como de internamiento y tratamiento, en caso de que no quiera usar los servicios de PEMEX; o la tramitación para el internamiento, desintoxicación y tratamiento, en las instalaciones médicas de Petróleos Mexicanos.

Debido a que los familiares necesitan aprender a vivir con el alcohólico esté bebiendo o no, se les ofrece orientación in-

dividual y grupal en el CAISH, en forma absolutamente confidencial.

Para quienes padezcan de alcoholismo, existe un programa especial y otro de continuidad. El Centro está abierto para su comodidad de acuerdo con el horario indicado, si ustedes de sean información adicional, pueden acudir a la dirección men - cionada o llamarnos al teléfono señalado. Todos los servicios y literatura de este Centro son gratuitos y cofidenciales, pa ra todo el personal de PEMEX.

No deje que el problema se agrave más cada día, y quien padece de alcoholismo siga callendo, causándose y causando mayores perjuicios. El alcoholismo como hemos visto, es una rea lidad, aproveche la oportunidad que le ofrece la Gerencia de Servicios Sociales de Petróleos Mexicanos de ayudarse y ayudar. La solución está en sus manos.

## APENDICE "D"

### AUDIOVISUAL

#### EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

El alcohol es conocido desde los albores de la humanidad ya que se obtiene por medio de la fermentación natural de jugos, como el de la manzana, el de la uva, el de la piña o de la miel de abeja, o de la miel de agave, de los granos, etc.

El alcohol así obtenido se llama etílico y su fórmula es  $C_2H_5OH$ , pero es bellamente presentado haciéndose hincapié en sus efectos agradables, se ofrece en múltiples formas: el coñac, el ron, el brandy, la ginebra, el vodka, el tequila, el mezcal, el tesguino, la cerveza, el pulque, etc.; su sabor depende del producto del que provenga, aunque generalmente los aperitivos son hechos con saborizantes, alcohol etílico y -- agua.

El alcohol que se ofrece se utiliza para despertar el apetito, para alegrar las fiestas, para las comidas, los bautizos, para las bodas, para los nacimientos, para los decesos, los velorios y de hecho cualquier pretexto sirve para abrir una botella.

Las bebidas alcohólicas son usadas para estos fines por el 70% de los adultos y una gran cantidad de jóvenes; generalmente se tiene la idea de que el alcohol, las bebidas alcohólicas, son un estimulante, pero de hecho es un depreseor del sistema nervioso central. Cuando se toma una copa, una cerveza o un vaso de pulque, el alcohol etílico que contenga llega al cerebro 2 minutos después de haber sido tomado y como no se digiere igual que los alimentos, sino que se absorbe directamente por el aparato circulatorio, una pequeña cantidad de alcohol que llegue al cerebro elimina el buen juicio y después se

siguen perdiendo facultades.

Si observamos a las personas cuando beben alcohol, podemos notar las siguientes cosas: primero, se elimina la tensión y la preocupación, se sienten bien; segundo, gran alegría, regocijo, jococidad, causado por la pérdida de inhibiciones, y de no mantener esa situación, de seguir bebiendo el tercer síntoma será pleito, hostilidad, agresividad; después depresión emocional, tristeza; quinto, falta de coordinación, sueño, confusión y de seguir bebiendo pérdida del conocimiento y al último la muerte, naturalmente que esta última dependerá de la cantidad de alcohol que haya tomado y de la rapidez con que se haya ingerido.

Pero para comprender cómo una droga como el alcohol nos perjudica, se necesita saber que todo nuestro organismo, todo nuestro cuerpo, se afecta al tomar bebidas alcohólicas, si éstas se toman en forma immoderada. Es bien sabido que los que beben alcohol y por causa de los efectos que vimos antes, las personas están en peligro de sufrir accidentes y de causarlos, más del 50% de los accidentes automovilísticos son causados después de haber tomado más de tres copas, también sabemos que los pleitos, las riñas ocasionadas por el alcohol, accidentes que suceden en el trabajo por haber bebido el día anterior, por estar crudo, son debidos precisamente por el uso immoderado del alcohol y el 65% de los crímenes, suicidios y delitos imprudenciales debidos a lo mismo; y qué decir de la invalidez ocasionada, que es más trágica que la propia muerte.

Para que nuestro organismo, para que nuestro cerebro funcione a la perfección, sabemos que es necesario que las células del mismo estén debidamente oxigenadas por la circulación sanguínea, ya que nuestro cuerpo, la salud, depende del buen funcionamiento del conjunto de las células de nuestro cuerpo; así, las células del estómago nos ayudan a promover la digestión; las del corazón mantienen la circulación de la sangre; las del

cerebro permanecen alertas en espera de órdenes; y las del hígado, permiten la transformación y la asimilación de las sustancias necesarias para la vida.

Pero cuando se bebe alcohol, éste tiene que pasar por varios procesos antes de eliminarse del organismo, y este proceso se inicia desde que se bebe la primera copa de alcohol para producir alegría, ya que tendrá que ser eliminado. Si las personas se pican para buscar esa alegría, bebiendo una mayor cantidad, entonces el hígado que solo puede oxidar una copa chica por hora, deja que el organismo se sature y se llega a la intoxicación.

Veamos ahora por qué sucede lo anterior. Como la célula del sistema nervioso es la primera en ser afectada por el alcohol, al principio parece tener mayor actividad, pero en realidad el cerebro solo parece actuar con mayor rapidez y seguridad, aunque lo cierto es que actúa con precipitación e irreflexión. Cuando se bebe mayor cantidad de alcohol, también son afectadas las células de los demás órganos, produciendo indisposición del hígado, náuseas, malestar estomacal, mareos, temor, inseguridad y provoca una disminución de la actividad cardiaca, del corazón, causando una falta de oxigenación en todas las células del organismo. La función de los glóbulos rojos consiste en llevar una carga de oxígeno del pulmón hacia las células de otras partes del cuerpo y a su regreso transportar bióxido de carbono y las demás toxinas del cuerpo, para que este se mantega sano.

La sangre que transporta el oxígeno, es bombeada a cada una de las células a través del cuerpo, por medio del aparato circulatorio, de arterias y venas; así como una bomba lleva el agua a través de la tubería, de igual modo el corazón bombea la sangre con los glóbulos rojos cargados de oxígeno a través de todo el organismo; la tubería circulatoria está subdividida en canales menores, hasta que a través de ellos pasa solamente un



glóbulo rojo a la vez; estos canales o subdivisiones son vasos capilares que abarcan una extensión de 56 kilómetros como mínimo. Aquí vemos un conjunto de glóbulos rojos con sus reservas de oxígeno recorriendo el organismo en busca de las células - que lo necesitan; los vasos capilares llegan a todas partes - del cuerpo, de tal forma que cada célula recibe oxígeno de los glóbulos rojos; por lo tanto, cualquier fenómeno que retarde la circulación de la sangre de inmediato ocasiona una falta de oxígeno en los tejidos que lo necesitan. En un cuerpo sano, los globulos rojos circulan aisladamente por los vasos sanguíneos, pero cuando se bebe alcohol, éstos se vuelven pegajosos, viscosos y empiezan a estorbarse entre sí, malogrando sus funciones; esta viscosidad hace que los glóbulos rojos se amontonen, lo que impide que pasen uno por uno a través de los vasos capilares, y agrupados intentan forzar su paso a través de los vasos menores, retrasando la circulación, entonces hay una disminución de los glóbulos rojos que pasan con su carga de oxígeno; en consecuencia, la cantidad de oxígeno y nutrientes no - llega a las células y esto hace que muchas de ellas se enfermen y mueran. Las paredes de los vasos capilares, como vemos aquí se vuelven frágiles y se rompen, haciendo que los glóbulos rojos se desparramen, se difundan sobre los tejidos circunvecinos y en vez de proporcionar oxígeno y nutrientes, éstos - glóbulos destruyen los tejidos de los órganos que deberían ser nutridos por ellos.

Cuando tomamos bebidas alcohólicas, eso es exactamente lo que ocurre, cuanto más alcohol se ingiera mayor será el daño a todo el organismo y eso es peligroso, ya que las células no - pueden quedarse sin oxígeno mucho tiempo y quines beben alcohol, los dependientes de esta droga van perdiendo poco a poco sus facultades físicas y psicológicas.

Para evitar caer en el alcoholismo, en la dependencia del alcohol es importante saber que si las personas se pican des -

pues de beber algunas copas o dicen que aguantan mucho, están en la fase del alcoholismo que se llama tolerancia, que es una de las etapas del alcoholismo.

Una de las definiciones de alcoholismo dice lo siguiente: "alcohólico es aquel que no puede controlar su forma de actuar cuando bebe cualquier cantidad de alcohol, o sea que es controlado por él". Cuando un individuo que toma alcohol lo usa para solucionar problemas, puede volverse dependiente, tanto física como psicológicamente de él. Si las personas no resisten la supresión o cruda y vuelven a beber inmoderadamente, picánse nuevamente, son alcohólicos.

Nosotros podemos ayudarlo, en caso de que usted o algún familiar esté dentro de alguna o algunas de las fases del alcoholismo, llámenos o acuda a nosotros antes de que sea demasiado tarde. El alcoholismo puede ser tratado, nuestro servicio es confidencial.

## APENDICE "E"

### AUDIOVISUAL

#### LA PROGRESIVIDAD DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo como cualquier enfermedad, tiene su origen, su desarrollo, su crisis y declive. Siguiendo esta secuencia, hay una serie de síntomas que sirven para identificar la etapa en el desarrollo de la enfermedad del alcoholismo en la que cualquiera que bebe puede encontrarse.

La progresividad del alcoholismo se divide en cuatro fases o etapas: la prealcohólica, la premonitoria o preliminar, la crucial y la crónica.

Es errónea la creencia general de que sólo el que ha llegado a teporocho es un alcohólico, hay muchos que se encuentran en la fase crónica final, pero que no han caído tan bajo debido a la posición social, económica en que se encuentran. Por ello, muchos de los bebedores problema se escudan diciendo "y no he llegado tan bajo", a pesar de que ya están en esta fase última de su problema.

Es importante reflexionar en que para cualquier bebedor es posible llegar a la fase crónica, habiendo pasado por las etapas anteriores; fue un hombre o una mujer primero socialmente aceptado y considerado bebedor normal, cuando las personas pasan por estas etapas o fases nadie pensó que era un alcohólico, al contrario, era primero socialmente aceptado ya que era muy agradable o de muy buena familia, era en general un buen muchacho o una buena muchacha, siendo que gradualmente se convertía en un alcohólico.

El alcohólico puede encontrarse en cualquier estrato. El

alcoholismo no excluye sexo, posición social, económica, física ni ocupacional.

Hay que recalcar que no todos experimentan los síntomas en el mismo orden ni con la misma duración o intensidad; si usted o alguien se identifica con un síntoma, está en esa etapa, aún cuando no tenga algunos síntomas anteriores.

Se encontrarán en la fase PREALCOHOLICA todos los bebedores moderados que toman ocasionalmente y con irregularidad, este tipo de bebedores sociales pueden obtener una satisfacción extra por consumo del alcohol como relajante, o para obtener seguridad en ese momento.

Habrán algunos bebedores notorios y son aquellos a quienes las bebidas alcohólicas les proporcionan una satisfacción mayor; estos bebedores notorios, van desde el beber ocasional relajante hasta el consumo constante relajante, ello les proporciona un alivio del dolor físico o psicológico y la habilidad para hacer las cosas que sin dos o tres copas no harían; esto refleja una dependencia más fuerte del alcohol y podrán pasar del beber relajante normal al consumo de unas copas extras. El mayor número de accidentes y delitos imprudenciales ocurren en esta etapa, estos bebedores aprenderán entonces a aprovechar cualquier ocasión para beber y cada vez lo harán en cantidades mayores. No se dan cuenta ni ellos, ni su familia o grupo social quienes lo apoyan y en mucho lo fomentan, que están desarrollando su propia enfermedad.

Este grupo de bebedores asocia su satisfacción y relajación con el grupo, el tiempo y la ocasión para beber, no con el alcohol; en poco tiempo ya no será importante ni la reunión, ni el grupo, sino que el alcohol en sí; el bebedor entonces buscará cualquier ocasión para beber y habrá un aumento en su tolerancia al alcohol, aguantará más, esto variará según el bebedor.

Puede entonces aparecer la primera laguna mental, aunque el bebedor y los demás lo consideren sobrio, quizá él no pueda recordar lo que sucedió en cierta ocasión; la primera laguna mental que causa preocupación al bebedor marca la línea divisoria entre la fase prealcohólica y la premonitoria, podría decirse que es la primera "cruda moral"; las lagunas mentales son causadas por factores tanto psíquicos como físicos y marcan una diferencia en cuanto a lo que el alcohol le ocasiona al alcohólico en contraste con los bebedores excesivos no dependientes.

En la etapa PREMONITORIA empieza a tener preocupación por la bebida, bebe antes de ir a una reunión, o se lleva su provisión por el miedo a que no haya la cantidad necesaria; planea y busca constantemente nuevas ocasiones para beber, cambia su grupo de amigos por el de otros bebedores más fuertes, bebe con avidez para sentirse a gusto más pronto y se percata de que su manera de beber es diferente, causando la aparición de los primeros sentimientos de culpa, como dijimos antes la "cruda moral"; evitará cuando no beba cualquier plática respecto al alcohol y se irritará con los demás; la familia también empezará a sentir irritación y frustración y evitará como él -- cualquier comentario sobre las bebidas alcohólicas y el alcoholismo. El tiempo que dure un bebedor en esta etapa, variará de acuerdo al consentimiento y protección que él se procure a sí mismo o que reciba de los demás, dependiendo del estrato económico del bebedor y de la familia, así como de la ocupación.

Las lagunas mentales y los sentimientos de culpa serán más frecuentes y el bebedor se irá alejando cada vez más de la sociedad que frecuenta; en algunos casos todos estos síntomas, lagunas mentales, sentimientos de culpa, los motiva a dejar de beber temporalmente por medio de juramentos, limpiezas, ejercicios, dietas, etc.

La etapa CRUCIAL empieza con la pérdida de control, el bebedor es incapaz de controlar la cantidad de alcohol que va a beber, esta compulsión por beber puede continuar hasta que esté demasiado intoxicado o enfermo, para darse cuenta de su estado de embriaguez; ahora, cada experiencia con el alcohol es peor - que la anterior, empieza a resentirse con su esposa, su jefe, parientes y amigos, porque le dicen que bebe demasiado, que no tiene voluntad, que debe beber menos. En esta etapa el bebedor cuestiona su propia forma de beber y trata desesperadamente de controlarse, pero no logra; todo esto hace que aumenten sus temores y sus sentimientos de culpa, usa cada vez más pretextos, culpa a los demás de sus problemas y se compara con otros que beben más para justificarse; el alcohólico al hacer esto se - atrapa cada vez más en su propio laberinto, hasta creer firme - mente en sus propios pretextos y mentiras; al sentirse presiona do por todo su medio social para que deje de beber, adopta una conducta extravagante y pomposa, gasta demasiado, invita, sobor na a su familia y a otros allegados con regalos y con esto se - aleja cada vez más de su medio social. Se torna agresivo con la gente que lo presiona, pero esto no es mas que un pretexto - para beber más; no comprende que sus problemas son causados y - son síntomas de su enfermedad, el alcoholismo; tiene constantes remordimientos por beber, sin embargo, tiene periodos de absti nencia, deja de beber debido a la angustia, a los remordimien - tos, a la situación económica, al sentimiento de culpa o al me dio ambiente que lo presiona; pero no logra mantenerse sin be - ber y al sentirse mas o menos bien, al reintegrarse al hogar, conservar su empleo, trata de cambiar su forma de beber, su pa trón de consumo; ahora, solo beberá acompañado, después del tra bajo o los fines de semana; al hacerlo se da cuenta de inmedia to que una o dos copas sociales, cambiar de marca, o estar acom pañado, no altera su necesidad de beber más, "se pica"; centra todos sus pensamientos y actividades alrededor del alcohol y es to hace que se aísle cada vez más hasta llegar a renunciar, pa ra evitar el despido si está trabajando; esto proporciona un -

pretexto para huir del lugar y tratar de hacer una nueva vida, nuevas amistades, o sea busca la fuga geográfica; pero tendrá resentimientos irrazonables, toda la gente que tiene a su alrededor siente que le quiere hacer daño, nadie lo entiende y se alejará tanto que provocará el rompimiento completo de sus relaciones, sobretodo a nivel familiar. La familia a su vez buscará actividades fuera de la casa o lejos del alcohólico, para compensar los problemas dentro del hogar; el alcohólico entonces los acusará de que ya no lo quieren, de faltarle y puede llegar a lastimar a las personas que más quiere.

Existe una crisis real en la familia, en el trabajo y en él mismo, crisis de la cual no puede salir y tiene que buscar o aceptar ayuda. Hay que recordar que la crisis real es diferente para cada persona y puede darse en cualquier etapa, en muchos casos puede necesitar hospitalización, pues ha ido descuidando su alimentación, su estado físico general, agravado por las alteraciones psicológicas, emocionales y espirituales en las que vive. En este estado de necesidad física y psicológica del alcohol, busca beber en las mañanas para tranquilizarse y tener valor de enfrentarse al medio; la presencia de este síntoma, indica que el alcohólico está en la última etapa de la enfermedad; se convierte en un bebedor solitario y siente más lástima de sí mismo, pero busca olvidarse de su estado y bebe más; protege su provisión de alcohol, el no tener que beber cuando lo necesita es una situación que ha de evitarse; empieza a relacionarse con gente con la que no se había relacionado antes debido al rechazo de su propio grupo social, busca gente que no lo rechace, o sea hay un rompimiento en las normas que él tenía para vivir; llegará el momento en que en la cruda no le importará beber alcohol puro o loción, y hay una pérdida de la tolerancia, aguanta menos y llega más rápido a la intoxicación completa; puede llegar a casa con tipos raros o ser encontrado en lugares extraños; se desarrollan estremecimientos y temores continuos; hay fantasías irreales de todas clases,

sobre todo cuando el efecto del alcohol desaparece y para evitarlo el alcohólico permanece intoxicado el mayor tiempo posible. Hay trastornos físicos graves como la falta de coordinación motora, náuseas, temblores, angustia y para tratar de calmarlos o controlarlos bebe el mayor tiempo posible. El alcohol es más importante que cualquier cosa.

El alcohólico tanto en la etapa crucial como en la crónica tiene un anhelo de cambio, o se rinde y acepta la derrota ante el alcohol y el tratamiento cuando se le ofrezca, o el camino es la locura, la invalidez o la muerte. Lo importante es que aún en esta etapa ese estado no es irreversible. El tratamiento para lograr la abstinencia y la rehabilitación, puede integrar al alcohólico al mundo real y a una nueva vida. Aún cuando sólo el 5% de los alcohólicos llegan a teporochos, hay muchos que llegan a la última etapa y es importante notar que cualquier persona que pierda todo control por beber está en ella.

Es importante que todos los sectores de la sociedad estén conscientes de que el alcohólico, si bien anhela el cambio, no sabe como lograrlo; si se está consciente de este anhelo que prevalece en todas las etapas, podrá brindarse el rescate antes de que el alcohólico y sus allegados sufran las consecuencias de la desintegración completa.

Los centros de Superación Humana cuentan con personal especializado en ayudarlo a usted o algún miembro de su familia que tenga problemas por beber incontroladamente; una llamada puede salvar su vida, este servicio es confidencial y gratuito para todos los trabajadores de PEMEX y sus familiares.



## APENDICE "F"

### FOLLETO

#### LA ESCALERA HACIA EL ALCOHOLISMO

El alcoholismo está catalogado como el segundo problema nacional de Salud. Además de ser un mal individual, se sabe que origina un número mayor de perjuicios, tales como la pobreza, los delitos, el abandono, la destrucción de la familia, la pérdida material en la industria, la banca, el comercio, la agricultura, etc.

Esta escalera muestra, sin tomar en cuenta el incalculable dolor humano, cómo un bebedor, al pasar de una fase social sin consecuencias aparentes para su salud, puede llegar a atravesar de una fase a la otra en su propio detrimento y en el de los demás.

#### FASE I

- Beber mucho socialmente, especialmente en fiestas.
- Aumento de tolerancia.- Necesita más licor para lograr el efecto y busca cada vez más, pretextos para beber.
- Beber con avidez.- No lo hace para saborear el licor ni por motivos sociales, sino para sentir el efecto.
- Lagunas mentales.- Son una forma de amnesia temporal u olvidos que ocurren durante una borrachera.
- Preocupación por beber.- Aún durante periodos de sobriedad, pasa el tiempo pensando en el alcohol.
- Beber furtivamente.- Lo hace en situaciones en las que no se bebe y en mayor cantidad que otras personas que están bebiendo con moderación, o bien, bebe a escondidas.

- Cambiar de actitud y de forma de beber.- Se vuelve más re - servado acerca de su modo de beber y tiende a restarle impor tancia, en vez de fanfarronear sobre la cantidad de licor - que consume.

## FASE II

- Pérdida de control.- Ya no puede controlar ni la cantidad - de alcohol que consume en una ocasión dada, ni la frecuencia de la ingestión.
- Beber por la mañana.- Pierde la coordinación; necesita una copa para calmar sus nervios y hasta para realizar las ta - reas más simples.
- Problemas sexuales.- Tiene que probar su virilidad o su fe - minidad, pero no puede hacerlo debido a los efectos del alco - hol. Impotencia o frigidez.
- Pretextos.- Intenta justificar su forma de beber, tanto an - te sí mismo como ante su familia. (Racionaliza)
- Reproches de la familia.- La familia reacciona con repro - ches y rechazo.
- Derroche.- Gasta el dinero irresponsablemente, pide presta - do, pierde el dinero, fanfarronea de lo que no tiene.
- Agresividad.- Hasta en los momentos de abstinencia piensa que todo el mundo está contra él y se desquita en cualquier forma.
- Remordimientos persistentes.- Se arrepiente de los actos co - metidos durante borracheras y continuamente promete cambiar.
- Intentos de abstinencia.- Se promete a sí mismo y a su fami - lia que dejará de beber, y lo hace por poco tiempo.
- Cambio de forma de beber.- Cree que si cambia de tipo de be - bida o bebe en distintas circunstancias, puede controlarse.
- Pérdida de amistades.- Sus amistades se retiran de él por - su forma de beber, y él se aleja de ellas porque teme que lo juzguen.

- Resentimiento.- Cree que el mundo está contra él. Se siente atrapado y lo resiente.
- Pérdida de trabajo .- El beber se ha vuelto más importante que su trabajo, trayendo como consecuencia que éste se vea afectado.
- Alejamiento de la familia.- Ahora ha resultado afectada toda la familia. Se desliga del mundo que lo rodea.
- Escape geográfico.- Cree que si pudiera empezar de nuevo, en una nueva comunidad, todo se compondría. Pero escapa - del medio y no de sí mismo.
- Protección de la provisión de alcohol.- Esconde y preserva la provisión de alcohol. Vive con el temor de que le llegue a faltar la bebida.
- Hospitalización, divorcio, arrestos y accidentes son sucesos frecuentes.

### FASE III

- Borracheras prolongadas.- Periodos incontrolados de beber, que pueden durar de varios días a varias semanas.
- Pérdida de tolerancia.- Una pequeña cantidad de alcohol lo emborracha.
- Recuperación más lenta.- Le lleva más tiempo recuperarse de una borrachera.
- Temores indefinidos.- Oye ruidos y brinca. Se siente cada vez más atacado por quienes lo rodean.
- Derrumbe de los pretextos.- Ya no trata de justificar su - forma de beber.
- Reclusión en institución mental.- Tal vez tenga que ser re-cluido en sanatorios, hospitales o casas de reposo.

#### ALTERNATIVA "A"

- Capitulación.- Es necesario rendirse ante la evidencia de que los problemas son cada vez mayores. Sólo a través de la capitulación se puede seguir un tratamiento adecuado.
- Tratamiento.- El alcohol afecta física y psicológicamente a las personas. Un tratamiento físico, proporcionado por un medico, será la primera etapa de la recuperación.
- Recuperación.- Después del tratamiento físico, es necesario recibir un tratamiento psicológico. Se puede solicitar -- orientación médica o la de la Gerencia de Servicios Sociales de Petróleos Mexicanos.

#### ALTERNATIVA "B"

- Invalidez.- Miles de personas quedan inválidas por acciden - tes causados por el consumo de alcohol.
- Enfermedad.- Todo el organismo es afectado por el consumo - de alcohol, teniendo como consecuencia un mayor número de en - fermedades.
- Muerte.- De acuerdo con las estadísticas, el índice de sui - cidios y accidentes es mayor en las personas que beben inmo - deradamente. También se sabe que la expectativas de vida se reducen en 15 o 20 años.

## APENDICE "G"

### AUDIOVISUAL

#### RECUPERACION DEL ALCOHOLISMO

La recuperación del alcoholismo se divide en 4 etapas: la derrota, el compromiso, la acción y la superación.

Cuando el alcohólico acepte el tratamiento, todos los que estén a su alrededor deberán estar preparados para el cambio - que sufrirá el alcohólico, estos cambios o síntomas serán psícos, emocionales, sociales y espirituales y tan importantes como los que sufrió al ir enfermando. El orden en que aparezcan dichos síntomas y los cambios que se produzcan serán diferentes en cada alcohólico, pero deberá pasar por ellos.

La primera etapa se dará cuando el alcohólico acepte su - incapacidad para controlar su forma de beber y acepte ayuda, o sea, se derrote ante su problema; la forma en que el alcohóli- co acepte ayuda, dependerá de la fase en la que se encuentre - de su alcoholismo; cuando se trate de un alcohólico en fase - temprana o premonitoria, éste aceptará ayuda por varias razo- nes: después de una fuerte crisis o de tocar fondo o por su - frir las primeras lagunas mentales o la pérdida del control por ingerir alcohol.

Cuando esté en la etapa crítica, a través de la familia, al sentir que puede perderla o está a punto de perderla, por el temor a perder el empleo, por medio del jefe directo, el médico, el párroco, o los amigos.

Y si está en la etapa crónica, debido a hospitalizaciones, pérdida de empleo, pérdida de familia.

Cuando el alcohólico llega a la fase crónica, teporocho, generalmente recibe ayuda a través de un miembro de Alcohólicos Anónimos, o del ejército de salvación, por instituciones o servicios sociales, clínicas o sanatorios para enfermos mentales o cárceles. El 95% de los alcohólicos van forzados a tratamiento; para que esto suceda, es necesario que la derrota, tomada como la admisión del problema, dándole alternativas para resolverlo. Al hablar de derrota se habla de un nuevo camino, es el final del principio, al derrotarse encontrará un derrotero o un camino a seguir; la crisis es la que lo provoca y la que lo lleva a recibir ayuda.

El alcohol afecta toda la vida y de allí la necesidad de que analice todo lo que se ha dañado así mismo y a otros, en los aspectos físicos, familiares, emocionales, ocupacionales y sociales. Y una vez que el alcohólico deja de beber, es posible hacer una valoración de su problema. Una de las primeras cosas a resolver es el problema físico; el alcohólico se encuentra en un problema crítico en su recuperación y debe aceptarse a sí mismo como a un enfermo que necesita tratamiento; este tratamiento deberá incluir a la familia del alcohólico, ya que juntos saldrán del hoyo en que se encuentran.

En esta etapa inicial de la recuperación se espera que el alcohólico haya dejado de beber, sea que se trate de un alcohólico en etapas tempranas, en las que muchos dejan de beber por sí solos, o en la de crónica, que por haber sido hospitalizados o encarcelados han sido forzados a permanecer abstemios. Cuando el individuo aparenta haber dejado de beber, pero lo sigue haciendo, o bebe para adquirir valor e ir a tratamiento, el contacto cara a cara con el paciente es muy importante, se debe lograr su confianza total. Se le convencerá de que deje de beber y acepte ayuda a través de un internamiento de ser necesario, es lo que llama periodo vital; si comprende que es un alcohólico y como tal no debe beber, comprenderá la necesidad de aceptar

tar ayuda, pues sabe que solo no podrá hacer nada y será un alivio para el alcohólico saber que tiene alguien junto a él; la relación con otros alcohólicos estables y recuperados será vi-tal para el que recién deja la bebida, por esta razón en las clínicas o lugares donde se da tratamiento, además del servicio de profesionales no alcohólicos, es indispensable el servicio de profesionales recuperados del alcoholismo; esta relación en las primeras etapas, permitirá al alcohólico empezar a pertenecerse a sí mismo, aumenta su motivación y hay una nueva esperanza nacida de la identificación, "si el pudo, por qué no he de poder yo", en esta etapa se da un cambio importante. Con esta nueva esperanza el alcohólico se preocupa de su aspecto físico, de su alimentación, etc., hay mayor bienestar físico; con el aumento del bienestar físico, habrá menos temores y logrará los primeros sentimientos de alivio emocional. El alivio, el bienestar y la esperanza, hacen que el alcohólico se comprometa verdaderamente al cambio; si además la familia ha asistido al tratamiento, este compromiso será completo y lo llevará a un cambio total.

La aceptación del alcoholismo como enfermedad hará que disminuyan sus sentimientos de culpa y de fracaso, se sentirá identificado con otros alcohólicos y sus familiares. El alcohólico en esta etapa de recuperación se sentirá como en una nube rosa debido a los cambios que se han realizado; el alcohólico se valorará mejor, pero hay que ser cautelosos, ya que esta sensa-ción de estar en una nube rosa lo puede llevar a pensar "si todo en mi vida está bien, debo poder beber como los demás", una recaída sería peligrosa. Esto ocurre en ocasiones debido a que ni el alcohólico ni la familia están preparados para el cambio; la euforia que provoca dejar de beber no implica que todo se haya arreglado, hay que hacer un análisis y reajuste completos; si no se hace esto y el sujeto recae, cuando esté sobrio de nuevo, deberá ser tranquilizado y apoyado para hacerle ver que nadie le quitará el progreso logrado en su periodo de absti

nençia; sólo se puede evitar la recaída si el alcohólico acepta que por sí solo no logrará la sobriedad, que necesita apoyo.

Al estar en recuperación el alcohólico hace una valoración de sí mismo, planea el futuro y se torna disciplinado; a través del análisis el alcohólico evita la impulsividad, la autolástima y los resentimientos irracionales, lo que lleva a sentirse bien consigo mismo; disminuye su egocentrismo y establece nuevas relaciones, la gente se interesa en él como persona y él aumenta su interés hacia todo lo que lo rodea; amplía sus amistades, se interesa más por el trabajo, colabora dentro y fuera de su casa y con esto muestra mayor estabilidad emocional. Es decir, no sólo se comprometió a cambiar, lo está haciendo, está actuando por el cambio; aprende a confiar y a que se confíe en él, o sea, que se identifica con la gente que lo rodea y esclarece sus valores personales, decide qué quiere de la vida y hay un progreso económico; goza de una sobriedad feliz y tranquila, siempre mediante análisis; al actuar constantemente en el cambio, el alcohólico logra satisfacciones enormes que lo llevan a permanecer sobrio, se siente reintegrado a sí mismo y a los demás, y esto lo lleva a tener nuevos intereses; busca entonces superarse día tras día y siente "ahora soy y estoy haciendo lo que siempre quise ser y hacer". Gran parte de su mejoría y bienestar se deben al hecho de que se acepta a sí mismo como es, sin defenderse; sabe y acepta que será un alcohólico mientras viva, pero acepta también que puede elegir entre beber y morir y gozar de una nueva vida, esta nueva vida a través de la sobriedad, lo llevará a lograr la tranquilidad y la serenidad; la honestidad lo hará comprender que estar sobrio no significa no tener problemas nunca más, pero será capaz de enfrentarse a los problemas en forma más madura y serena; tendrá el valor de afirmar "yo soy un alcohólico recuperado".



Si sabe de alguien que muestra síntomas de alcoholismo y no puede ayudarlo, recurra al CAISH en donde encontrará a personas que podrán ayudarlo a ayudar.

## APENDICE "H"

### AUDIOVISUAL

#### LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO

El alcoholismo es un problema biológico, psicológico y social, que afecta a quien bebe en forma inmoderada en los tres aspectos.

Biológicamente porque todo el organismo se altera; psicológicamente porque a través de ingerir bebidas alcohólicas, - las personas tratan de huir de la realidad; y socialmente porque el bebedor es rechazado y se siente rechazado por todo el medio ambiente que lo rodea, cuando bebe inmoderadamente.

Generalmente quienes llegan a padecer de alcoholismo comienzan desde temprana edad a mostrar síntomas, cuando ingieren las primeras dosis de la droga, cuando toman en exceso, cuando se emborrachan, por lo general les causan vergüenza a los familiares, a los padres; aunque en otros casos los padres aprueban el que beban, "debes aprender a beber, es la costumbre", cuando pasa esto la familia está fomentando el alcoholismo, lo anterior se debe a que no hay un conocimiento de la problemática familiar del alcoholismo. Pasado el tiempo se fomenta en el bebedor que siga sometiendo a pruebas que sin saber le van aumentando en el organismo la tolerancia al alcohol, haciéndolo sentirse indestructible "yo aguanto mucho"; al suceder esto, quien no supo guiar a sus hijos comienza a enfermarse con él y debido a su incapacidad para corregirlo, se liga más a él emocionalmente y esto en vez de ayudarlo, lo perjudica, entrando todos en una especie de laberinto del cual solo podrán salir cuando tengan la guía o plan adecuado.

La familia y el círculo ambiental del bebedor problema van aprendiendo juntos el arte de la negación, ya que niegan estar metidos en el laberinto, están perdidos y naturalmente que no saben cómo salir de él. Los intentos por salir del problema, pueden ser múltiples igual que vanos, ya que tratan de hacerlo salir a base de consejos irrazonables a los oídos del alcohólico; los consejos como "deja de beber", se parecen al de "deja de toser" que se le pudiera decir a un afectado de la garganta o un tuberculoso; "ten fuerza de voluntad" parece indicar que con fuerza de voluntad podría ser mucho menos grave la caída de alguien desde un décimo piso; "promete que ya no te vas a emborrachar" no toma en cuenta que el beber en forma moderada no puede lograrse cuando de está dentro del laberinto; "te vas a morir si sigues bebiendo" demuestra que se hace una advertencia incomprendible para el alcohólico; "toma igual que nosotros" es otro intento de eliminar una enfermedad por medio de consejos; "toma sólo cerveza o vino" demuestra que quien dice esto, ignora que la cerveza y el vino contienen igual cantidad de alcohol que cualquier copa chica de licor destilado; "si te vuelves a emborrachar te irás de la casa" es una amenaza que el alcohólico sabe que sólo es una amenaza, no un hecho.

Lo que difícilmente se entiende, es que quien bebe en exceso tiene alterada su forma de razonar, por ejemplo: cuando bebe cree ser más intelectual, más atlético, más atractivo, o más sexy, o más influyente, pero de hecho simplemente es más borracho.

Cuando los hijos se separan de la familia, generalmente para casarse, pensando solucionar así sus problemas, por lo general se unen a personas que les complementan su estado emocional, el futuro cónyuge también cree por lo regular, que logrará que su pareja deje de beber por el amor que se profesan.

Para simplificar, de aquí en adelante nos referiremos al

esposo como, el bebedor problema, pero es importante recordar - que el 25% de los bebedores problema son mujeres.

Cuando las parejas se unen, desgraciadamente convierten un problema en un problema triple, el cónyuge se siente frustrado porque no cambia el estado del bebedor; los padres del bebedor culpan a la "intrusa" o "intruso", olvidando que el problema existía desde antes; los suegros de ella o de él, comienzan a compadecer a la esposa o esposo del alcohólico. A pesar de que toda la familia tiene un problema serio, considera que ella es una mártir, "si no fuera por los nietos". Las familias tienen un verdadero problema, pero lo ocultan, ya que sin saberlo les conviene ocultarlo y creen que están actuando positivamente; gradualmente la esposa se convierte en víctima y mártir simultáneamente, de hecho se siente heroína; así podrá seguir con su mundo fantaseoso, dependiendo de un ser que se destruye sin que nadie logre saber el por qué. La esposa del alcohólico conforme avanza la enfermedad, va ciñéndose una luminosa aureola, al adoptar el conveniente papel de abnegada, resignada esposa y madre.

Los hijos al darse cuenta de la situación, comienzan también a inclinarse donde les conviene, las consecuencias se hacen evidentes en sus estudios y en su rebeldía. Al ver lo anterior la esposa afectada se llena de angustia, pero en vez de reaccionar para salir del laberinto, pierde la sensatez; ahora con mayor razón culpa al bebedor problema de todas las dificultades, lo que hace que él vuelva a salir por la única puerta que conoce, la puerta de la borrachera, se emborracha, al haberlo él ahora acusa a la esposa, a los padres, a los suegros, a los hijos de que no lo comprenden, metiéndose aún más en el laberinto sin salida; es por eso que él gira alrededor de ellos y ellos alrededor de él, la familia no comprende al alcohólico y el alcohólico no comprende a la familia, desquiciando ce todos.

Al desconocer lo anterior, la familia hace que los periodos de abstinencia vayan siendo menores, prolongándose las borracheras, haciéndose más largas. Al querer todos intervenir en la dirección del hogar, el alcohólico tiene mayores razones para alejarse de la realidad.

Como hemos visto, para ayudar a alguien con problemas de alcoholismo se requiere de un conocimiento y de una labor conjunta, pues de no hacerlo, en caso de que se recupere el alcohólico se rehabilite le quita la aureola tan conveniente que usa la esposa y esto no le conviene a ella; le quita a los hijos el pretexto para no estudiar y seguir siendo rebeldes, cosas que tampoco les convienen a ellos; y saca a la luz los puntos negativos de otros familiares y allegados, que convenientemente se han mantenido ocultos, pero que van a aparecer cuando deje de existir "el chivo expiatorio" que ha sido el alcohólico durante muchos años.

Cuando el cónyuge y otros familiares cercanos del alcohólico reciben una orientación adecuada sobre el alcoholismo y los problemas derivados de él, ellos sinceramente desean que su familiar se recupere del alcoholismo y tienen que someterse a una orientación, a un entrenamiento aveces prolongado, tanto individual como grupal, para que comprendan la mecánica que han estado usando durante tantos años y logren provocar una crisis real en su familiar alcohólico, que sea de tal magnitud que él acepte o pida ayuda y pueda salir él junto con ellos del laberinto donde se encuentran y juntos comiencen una nueva vida.

La orientación a los familiares abarca desde el cambio en el aspecto exterior de la persona, el trato a los hijos y demás familiares, hasta la relación íntima con el cónyuge. Pero es muy común que los allegados, los familiares del alcohólico, argumenten que ellos no están enfermos, que ellos no necesitan

de ninguna orientación o tratamiento, que el que necesita cam -  
biar es el alcohólico, pensando que con que deje de beber será  
suficiente y esto nos trae nuevamente al inicio de las causas  
del alcoholismo, ya que sin querer se vuelve al "deja de be -  
ber", que fue lo que desde un principio hizo que todos entra -  
ran en el laberinto en el que han estado metidos.

El alcoholismo es una enfermedad como dijimos antes, es  
un desequilibrio biopsicosocial, en el que todos estamos invo-  
lucrados y sólo cuando el alcohólico note un cambio debido a  
la orientación que recibe el familiar, comenzará a sospechar  
debido a sus propios conflictos, que algo está sucediendo y -  
que algo puede ir en contra de sus intereses, en contra de su  
persona, sin saber que ese es el cambio que el necesita para -  
que pueda salir junto con su familia del pozo profundo, del la  
berinto en que se encuentra. Por último, hay que recordar que  
si alguien se está ahogando y nadie le puede ayudar adecuada -  
mente, se hundirá y sólo saldrá a flote si puede nadar el tiem  
po suficiente hasta que llegue el salvavidas que lo lleve a -  
tierra firme.

El programa que le ofrecemos a los familiares de quienes  
padecen de alcoholismo en cualquiera de sus etapas, además de  
la ayuda familiar para su superación, incluye el enseñarles có  
mo el familiar con problemas de alcoholismo puede tomar con -  
ciencia de su problema alcohólico y acepte la ayuda para su de  
sintoxicación e internamiento de ser necesario, o su rehabili-  
tación integral en el centro de Superación Humana.

Este es un servicio confidencial y gratuito para todos -  
los trabajadores de PEMEX.

## APENDICE "I"

### AUDIOVISUAL

#### EL AUSENTISMO

El ausentismo es el reflejo de un gran número de problemas que afectan el desempeño del trabajo. Los más conocidos son: el ausentismo del "san lunes", el posterior a los días de pago y a los días festivos. A este ausentismo puede considerársele como la parte visible a los problemas de conducta, que en forma análoga sería lo que sobresale de un témpano; la parte oculta o su mergida del témpano, más grande que la visible, es lo que constituye el principal factor de los problemas, causando grandes pérdidas por improductividad en todos los sectores empresariales.

Si calculamos que por lo menos el diez por ciento de los trabajadores tienen problemas que afectan a su centro de trabajo, y si en ese centro hubiera mil empleados, existirían cien trabajadores con problemas.

Por desgracia, aunque es evidente el problema de estas cien personas, no son detectadas ni enfrentadas a sus problemas, sino hasta que el daño que causan a sí mismas, a quienes les rodean y a la empresa, es casi irreparable.

Frecuentemente en fuera de tiempo se oye decir "tan buen trabajador, tiene tantos problemas, por eso falta tanto". La falta de orientación adecuada en relación con los problemas de los trabajadores y empleados, ocasiona que cuando se habla de ausentismo sólo se piensa en las ausencias injustificadas, sin tomar en cuenta que el empleado problema se convierte en el experto que evita faltar injustificadamente, ya que sabe que pue-

de perder el trabajo si falta más de tres días en un lapso de 30 días. El empleado problema, especialmente el alcohólico es el mago, maestro de los pretextos y la negación; es por ello, que si por ejemplo estas cien personas faltaran dos días por mes, esto representaría que faltaran 24 días al año sin que se pudieran tomar medidas disciplinarias pertinentes, y esto representaría que los cien trabajadores estarían ausentes aproximadamente 2,400 días.

Los empleados ausentistas, especialmente quienes padecen del alcoholismo, utilizan múltiples recursos que aumentan considerablemente las pérdidas de la empresa, estos forman la parte oculta del ténpano.

Algunos de los recursos que generalmente usan los empleados multiausentistas con problemas son: reportándose enfermo; obtener permisos médicos fingiendo enfermedades diversas, aunque muchas de ellas pueden ser reales; obtener permisos para atender supuestas enfermedades o accidentes de familiares; fingir el fallecimiento de parientes; inventar diversos problemas familiares; resolver asuntos urgentes; obtener justificaciones sindicales; conseguir de los jefes permisos por amistad o favores personales y otros más. Las razones anteriores entran en los reportes de ausentismo por permiso o enfermedades y faltas justificadas y no en los informes sobre ausentismo injustificado, o sea, que es justificado injustificadamente - es por parte del ténpano oculto- .

El ausentismo de los empleados problema es tres veces mayor, tanto en ausencias días como en frecuencia veces, que el promedio que por estos mismos conceptos tiene la empresa, es decir, si el promedio de ausencias de la empresa es de 8 días, los empleados problema tienen más de los 8 días; y si el promedio de frecuencia veces de la empresa es de tres por año, el trabajador problema tendrá más de las tres ve



ces o frecuencia.

Otra de las partes ocultas del t mpano es la pérdida de tiempo entre la hora de entrada y el inicio real de las labores; otra más es la pérdida de tiempo por el alejamiento frecuente del empleado de su lugar de trabajo; también se tiene la simulación de actividades supuestamente ordenadas por algún jefe; o el retraso intencional del trabajo asignado para obtener tiempo extra o tareas especiales; existe también el tiempo perdido para tomar café y usar más tiempo para almorzar o comer; provocación o simulación de accidentes; descompostura intencional de equipo para evitar trabajar y obtener tiempo extra; idear festejos; etc.

Todos estos trucos forman el dolor de cabeza de la administración de las empresas y es conocido el trabajador o empleado como el "presente ausente". El trabajador o empleado problema, no sólo afecta directamente a la empresa en su economía, sino que también baja la moral de los trabajadores que lo rodean, porque hace que otras personas tengan que realizar su trabajo, desaniman a sus compañeros porque éstos sienten que hay proteccionismo de por medio, haciendo que paulatinamente buenos empleados empiecen también a faltar a sus labores y en sus labores. A este factor podría llamársele la causa indirecta creadora de problemas; en esta causa indirecta pueden incluirse a los jefes en todos los niveles, porque están involucrados en la ocultación del problema del ausentismo y en consecuencia de la productividad; el jefe directo tanto por desconocimiento como por exceso de proteccionismo hacia sus trabajadores, forma parte del problema oculto y de los efectos de éste; el jefe de personal y el representante sindical son afectados, uno por la presión de la administración y el otro por tener que proteger con excesiva frecuencia a los mismos trabajadores problema. Esta causa indirecta sólo puede suprimirse detectando, canalizando y rehabilitando a los trabajadores problema como lo veremos más

adelante, pues nada se gana con detener el problema a base de suspensiones, castigos u ocultamiento en algún puesto donde se le note, en tanto se corrija y se le reinstale sin haberlo atendido adecuadamente.

Consideramos también que una sola hora perdida diariamente por causas injustificadas, representa otro problema oculto, equivale a un ausentismo diario total de la octava parte del personal, sin contar a los ausentes justificados por vacaciones, enfermedades y faltas justificadas.

Es frecuente que para solucionar lo anterior, se hagan campañas, otorgando premios a los empleados más cumplidos, menos ausentistas; pero esto no motiva, por desgracia a los empleados problema; también se hacen campañas para evitar accidentes y se imparten cursos especiales; asimismo se aplican sanciones a quienes llegan tarde, descontándoles el día, pero esto sólo fomenta el ausentismo del empleado problema. Cuando la ausencia es prolongada, aún cuando sea sin goce de sueldo, se suele emplear a suplentes, a transitorios, pero estos difícilmente pueden desempeñar la labor especializada, esto aumenta el costo de la producción y disminuye la eficiencia.

Cuando las ausencias son justificadas por enfermedades por los servicios médicos autorizados, y si la enfermedad o enfermedades son prolongadas o de tipo periódico, los gastos médicos son considerables y el salario de los aquejados es cubierto por la empresa.

Conociendo el problema, podemos llegar a determinar que hay aspectos o factores determinantes, que los jefes a todo nivel, así como la administración y el sindicato pasan por alto y que involuntariamente han entrado en el juego del trabajador o empleado problema, ya que éste difícilmente faltará más de los tres días, como se mencionó anteriormente. La administra-

ción, por desconocimiento de la manipulación del empleado, deja de cumplir con su labor de supervisor del trabajo y se convierte en la parte oculta del témpano; el sindicato, cae también en la trampa del trabajador problema, formando parte de la causa indirecta como se ha mencionado.

Si el empleado o trabajador problema es detectado en la fase inicial, tanto él, como el jefe, la administración, el sindicato y la familia saldrán beneficiados.

Esto puede lograrse a través de un programa de detección de empleados problema avalado por la administración y el sindicato; esta detección de empleados en la etapa inicial, puede realizarse empezando con los empleados problema evidentes. Esto puede hacerse por medio del análisis de todos los trabajadores o empleados que están por encima de los límites del ausentismo promedio, como se dijo antes, tanto en frecuencia como en ausencias.

A través de la orientación o capacitación a los jefes a todo nivel, tendiente a ayudarlos a detectar a los trabajadores o empleados problema, con base a niveles de eficiencia y no en aspectos moralistas, se logrará que los jefes orienten toda su energía hacia un mejor rendimiento del trabajo, deleguen los problemas médicos y de conducta a los expertos.

Cuando un equipo trabaja deficientemente se busca a un experto. ¿Por qué no buscar a un experto cuando el trabajo tiene problemas que afecta a su persona, a su familia, a su sindicato y a la empresa?

Se sabe que el 40% de los empleados problema se podrán encontrar dentro de la enfermedad del alcoholismo y el otro 60% padece de enfermedades físicas, o conflictos de tipo emocional o de adaptación al trabajo.

Enfocando la detección del modo que se ha expuesto y proporcionando una capacitación adecuada a los niveles de mando, sin eliminar las medidas disciplinarias existentes y canalizando a los trabajadores problema a los departamentos médicos, de personal y con la colaboración sindical, para el enfrentamiento de los trabajadores o empleados problema en relación con los niveles de eficiencia establecidos por la empresa, el empleado problema no tendrá excusa válida, pues si alega que está enfermo y ello causa la desclinación de su trabajo y su ausentismo, el arma a utilizar será el que se le trate de la enfermedad que padezca, enviándolo a los recursos médicos y rehabilitatorios existentes o a capacitación especializada.

El reinstalar al trabajador problema a su máximo de eficiencia, redunda en su propio beneficio, el de sus familiares, el de la administración y el de su sindicato.

Si el problema es de alcoholismo, la Gerencia de Servicios Sociales le ofrece los servicios del Centro de Superación Humana, en colaboración con los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Llámenos o acuda a nosotros, el servicio es confidencial y gratuito para los trabajadores y empleados de PEMEX, así como para sus familiares derechohabientes.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de Edad. Conferencia de Servicios Generales. México, 1982.
  
- Barba, Ch. J., Arana, C. M. Utilización y limitaciones de los indicadores para el estudio del alcoholismo en México. El alcoholismo en México. México: - Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., - 1982. Pags. 277-296.
  
- Cabildo, A. H. M., Silva, M. M. y Juárez, J. M. El alcoholismo. Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. Revista Psicología. No. 34, julio-agosto 1983, pags. 8-17.
  
- De la Fuente, R. Acerca de la salud mental en México. Revista de Salud Mental. Vol. 5, No. 3, otoño 1982, Pags. 22-31.
  
- Egan, G. El Orientador Experto: Un Modelo para la Ayuda Sistemática y la Relación Interpersonal. California: Wadsworth Internacional Iberoamérica. 1981
  
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Compendio de Psiquiatría. España: Salvat Editores, S.A., 1980, pags. 427-435.

- Guerra, G.A.J. El Alcoholismo en México. México: Fondo de Cultura Económica, 1977
- Kolb, L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. (quinta edición) México: Prensa Médica Mexicana, 1977, pags. 250-272.
- Leslie, M. J. Sexualidad Humana (tercera edición). México: Ed. Manual Moderno, 1980, pags. 243, 282.
- Medina-Mora, M.E., De la Parra, C.A., Terraba, G.G. El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. Salud Pública de México. mayo-junio de 1980, pags. 281-288.
- Miller, W.R., Hester, R.K. Treating the Problem Drinker: Modern Approches. The Adictive Behaivors. The University of New México. (s.f.) pags. 3-141.
- Petróleos Mexicanos. Gerencia de Servicios Sociales. Apéndices "A" al "I" y folleto la escalera hacia el alcoholismo. México, 1977.
- Pichot, P. (Coord. Trad.). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Offset Universal, 1984, pags. 138-148.

- San Martín, H. Salud y Enfermedad. (cuarta edición) México: Prensa Médica Mexicana, 1981, pags. 516-519.
  
- Trastornos Mentales: Glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, OMS, 1980.
  
- Velasco, F.R. Esa Enfermedad llamada Alcoholismo. (reimpresión segunda). México: Ed. Trillas, 1982.
  
- Willamil, P. R., Sotomayor, G.J. El alcoholismo en el Distrito Federal: Un enfoque Socio-ecológico. México: ENEP Acatlán, UNAM, 1980.
  
- Zax, M. y Cowen, E. L. Psicopatología. (segunda edición) México: Ed. Interamericana, 1979, pags. 263-274.