



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE
ALCOHOLICO EN EL CENTRO DE
AYUDA AL ALCOHOLICO Y SUS
FAMILIARES, CAAF

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

Presenta:

Lilía Elizabeth Colon Monsreal



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO 1

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIAL

- 1.1 CONCEPTOS DE ALCOHOLISMO
- 1.2 ALCOHOLISMO: Algunos aspectos económicos y sociales que lo determinan.
 - 1.2.1 Producción
 - 1.2.2 Consumo
 - 1.2.3 Características socioeconómicas del alcoholismo en México
 - 1.2.3.1 Aspecto Salud
 - 1.2.3.2 Aspecto Laboral
 - 1.2.3.3 Aspecto Familiar
 - 1.2.3.4 Aspecto Legal

CAPITULO 2

LA FAMILIA

- 2.1 EL ESTADO Y LA FAMILIA
 - 2.1.1 Familia consanguínea
 - 2.1.2 Familia sindiásmica
 - 2.1.3 Familia monogámica

- 2.2 LA FAMILIA EN MEXICO
 - 2.2.1 Antecedentes
 - 2.2.2 Familia contemporánea

- 2.3 LA FAMILIA Y SU DINAMICA
 - 2.3.1 Concepto de familia
 - 2.3.2 Estructura familiar y elementos que la componen
 - 2.3.3. Características de la estructura familiar
 - 2.3.4 Concepto de dinámica familiar

- 2.4 LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO
 - 2.4.1 Antecedentes
 - 2.4.2 El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)
 - 2.4.3 Aspectos Generales de la Familia del Paciente Alcohólico del CAAF

CAPITULO 3

INVESTIGACION RETROSPECTIVA SOBRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE DEL CAAF.

- 3.1 DISEÑO DE INVESTIGACION
 - 3.1.1 Justificación
 - 3.1.2 Planteamiento del problema
 - 3.1.3 Objetivo

- 3.1.4 Hipótesis
- 3.1.5 Métodos y técnicas
- 3.1.6 Universo de estudio
- 3.1.7 Recursos humanos y materiales
- 3.1.8 Aplicación
- 3.1.9 Presentación y análisis de resultados
- 3.1.10 Interpretación de los datos
- 3.1.11 Informe Final

CAPITULO 4

TRABAJO SOCIAL CON LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO EN UN CENTRO DE ATENCION DENOMINADO C A A F.

- 4.1 INTRODUCCION
- 4.2 EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO
 - 4.2.1 Concepto
 - 4.2.2 Objetivo
 - 4.2.3 Funciones y técnicas
 - 4.2.4 El equipo interdisciplinario
- 4.3 INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL
CON LA FAMILIA
 - Introducción
 - 4.3.1 Valoración
 - 4.3.2 Modelo de intervención como plan de
trabajo
 - 4.3.2.1 Objetivos
 - 4.3.2.2 Temas y Contenidos
 - 4.3.2.3 Técnicas

- 4.3.2.4 Duración, lugar y horario
- 4.3.2.5 Normas y Principios a seguir
- 4.3.2.6 Cronograma del plan de trabajo

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El alcoholismo es en la actualidad un problema que afecta al individuo, no en forma aislada, sino que conlleva a la familia a formar parte de toda esa gama de problemas de orden biopsicosocial.

Desafortunadamente la atención que se le ha dado a la familia del alcohólico, no se compara con todo lo referente a la existencia de organismos de asistencia e investigación avocadas al estudio y atención del alcohólico. Es evidente observar que la familia se le ha dado un segundo lugar en lo que al tema concierne.

Es importante mencionar que los escritos e investigaciones hechas de éste último aspecto son en gran parte, de origen extranjero y estudian a la familia en forma dividida, como por ejemplo, sólo a los hijos, a las esposas, a los padres y/o en forma combinada. Podríamos decir que es un estudio individual y/o de subsistemas y no en forma conjunta.

El enfoque que se le ha dado a dichos trabajos, es de índole psicológico mas que social. De alguna manera los aportes al respecto han sido de gran utilidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de aquellos familiares que lo han ameritado.

El interés para la realización del presente estudio, es producto de lo que se pudo observar durante la experiencia personal en un Centro de atención del D.F. denominado "Centro de Ayuda

al Alcohólico y sus Familiares". (CAAF)

El problema radicó en detectar que, la existencia de un miembro alcohólico en la familia, no sólo repercute a los subsistemas o a los familiares en forma aislada, sino a todo el conjunto familiar en lo que a su estructura y dinámica se refiere.

El objeto del presente trabajo, pretende dar a conocer, por un lado, las características sociodemográficas y dinámica familiar de los pacientes atendidos en el CAAF; y por el otro la proposición de un plan de trabajo a seguir en forma grupal, con la (s) familia (s) de los pacientes del CAAF.

El trabajo se desglosa en cuatro capítulos, conclusiones, sugerencias y bibliografía consultada.

Se inicia con una descripción de la Industria de bebidas alcohólicas en cuanto a producción, venta, consumo e intervención económica del Estado ante esto, y algunas de las consecuencias biopsicosociales originadas por el excesivo consumo de alcohol.

En el segundo Capítulo se describe en forma breve la historia y evolución de la familia mexicana, agregando su conceptualización actual. Con ello se pretende ubicar a la familia como objeto de estudio, lo cual se menciona en el siguiente capítulo.

En este tercer Capítulo, se presenta la Metodología y los resultados de la investigación retrospectiva denominada "Aspectos sociodemográficos y dinámica familiar de los pacientes alcohólicos atendidos en el CAAF, durante los años 1979-1981. En virtud de

lo anterior se da la oportunidad de analizar la dinámica de ésta, durante su atención.

La técnica utilizada para recabar información durante -- esos años, fue la entrevista, la cual se apoyó en el estudio psicosocial como instrumento de trabajo.

Para el proceso de investigación se utilizó la técnica de recolección de datos de aquellos estudios psicosociales completos que se encontraban en los expedientes existentes en el CAAF.

En el cuarto y último Capítulo se propone un plan, en lo que a Trabajo Social se refiere. En este se plantean algunos elementos -- teóricos-prácticos necesarios para la intervención profesional con la familia, los cuales se apoyan en los resultados de la investigación del capítulo anterior.

Finalmente se exponen las conclusiones del objeto -- de estudio: la familia y su dinámica. Cabe señalar que los resultados forman parte de familias de condiciones socio-económicamente bajas, por lo que no podrán generalizarse a aquellas con otras características sociales.

Para concluir es importante mencionar algunas de las limitaciones para la elaboración del presente estudio, como fueron:

- 1) El Material bibliográfico a nivel nacional, es casi nulo.
- 2) El presente estudio fue retrospectivo a los años -- 1979-1981, por lo que se consideró necesario aplicar la técnica de recolección de información de los estudios psicosociales de cada expediente registrado en

el CAAF en el período señalado. Es por ello que en los resultados, se observan cifras que probablemente en otro tipo de investigación no serían válidas.

- 3) Algunos de los rubros de los estudios psicosociales son abiertos, por lo que se prestó a que cada Trabajadora Social tratante del caso, retomaran la información que consideraron conveniente, y por ello los datos no fueron muy uniformes.
- 4) Se encontró que en algunos puntos la unificación fue mas extensa que en otros, por ejemplo: más en aspectos sociodemográficos que en antecedentes de la familia de origen, o en la dinámica familiar actual o viceversa.
- 5) Ciertos pacientes que proporcionaron la información, se encontraban en condiciones físicas y/o psicológicas no muy adecuadas para la profundización de algunos puntos específicos y en otros casos dichas condiciones dieron lugar a que se obtuviera información confusa, repetitiva y ambivalente.
- 6) Otro aspecto importante fue el que la información que se registró se obtuvo de las siguientes fuentes indistintamente:
 - . Paciente.
 - . Paciente, familia y familiares.
 - . Familia y familiares.
 - . La que cada Trabajadora Social interpretó de una y ambas partes.

Se puede deducir que a pesar de lo anterior el estudio cumplió con su objetivo. En términos generales la recabación de datos en el formato fue confiable ya que la información obtenida en los estudios psicosociales, se desarrolló a través de entrevistas estructuradas y en un ambiente apto para ello.

CAPITULO 1

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIAL

En el presente capítulo se describen aspectos generales del excesivo consumo de alcohol en México. Con ello se pretende ubicar el problema del alcoholismo en nuestro país.

Se mencionan algunas características de la Industria de bebidas alcohólicas en cuanto a producción, venta, consumo e impuestos federales, así como algunas consecuencias biopsicosociales originadas por el excesivo consumo de bebidas embriagantes.

Los datos obtenidos fueron extraídos de Instituciones gubernamentales que se consideraron de mayor confiabilidad. No existe un organismo específico que se dedique al control de todo el contexto de bebidas alcohólicas, por lo que se seleccionaron las que contemplaban de una u otra manera información uniforme.

1.1 CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

Existe una variabilidad respecto a la definición y concepto del alcoholismo. Para fines prácticos se retomarán -- aquellos que por su contenido han sido los más usuales en nuestro contexto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951, definió al alcoholismo como "enfermedad crónica que se manifiesta -- como un trastorno de conducta, que se caracteriza por el consumo repetido de bebidas alcohólicas, en un grado que excede al consumo habitual con la alimentación o el cumplimiento de las costum-

bres sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del bebedor o su situación económica y social". (1)

En 1952 se modifica la definición de la siguiente forma:

"Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y - mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien, que ya presentan los pródomos de tales manifestaciones". (2)

En 1958 el Dr. Mark Keller dice:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".(3)

El Dr. Jellinek dice:

"El alcoholismo es una enfermedad progresiva, tanto de carácter espiritual, emocional o mental como física". (4)

A mediados del siglo XIX, aún las conceptualizaciones anteriores, ubicaban al alcoholismo como una enfermedad debido a la dependencia psíquica, física y psicológica básicamente. No se

(1) Guerra G.A.J. "El Alc. en México". Ed. F.C.E. México 1977 p.33
(2) Idem. p.34
(3) Idem. p.35
(4) Jellinek E.M. "The disease concept of alcoholismo. Hill House Press. New Haven, Connecticut, 1960.

descarta lo válido de ésta aportación ya que el Area Médica se le delegó la responsabilidad de definirlo como tal.

Este enfoque ha sido cuestionado por el mismo campo psicológico y médico en el sentido de que si los alcohólicos son enfermos porque beben o si beben porque están enfermos; es decir, si el "alcoholismo" es enfermedad o síntoma.

Poco tiempo después, se dejó de lado el concepto de "alcoholismo", pues surgen otros enfoques adoptando los siguientes términos "bebedor social", "bebedor problema" y "problemas de alcohol"; el interés giró en torno a la frecuencia, circunstancia y consecuencias del consumo, así como la conducta del bebedor vivida como problema.

Es así como el campo de conceptualización se amplía sobre los efectos sociales y económicos como prioritarios ante los efectos médicos. (6)

En la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades, la OMS retoma la perspectiva médica y adopta el concepto de "Síndrome de dependencia al alcohol", entendiendo esto como "pérdida de la ingestión de alcohol étlico y probablemente un deterioro en la sensibilidad para ajustar la conducta a las normas sociales. (7)

Por lo anterior la OMS finalmente ha pretendido lo siguiente:

"Adoptar una perspectiva mucho más extensa, que conside

-
- (6) TURULL, T. Fco. "Consideraciones acerca de los enfoques de la problemática del consumo de alcohol"., Ponencia del X Congreso Mundial de Sociología. Méx.1982.
- (7) Edwardes G., et.al: Alcohol-relatea disabilities. Report of a WHO, group on investigators WHO, GENEVA, 1977.

re, no solamente lo relacionado a los efectos agudos o aquellos que a la larga incapacitan al individuo que bebe alcohol, sino también las consecuencias sociales que la bebida ocasionará, tanto al individuo como a su familia, a su ambiente inmediato y a la comunidad en general.

Si la prevención se considera una acción enfocada hacia la disminución, no solo de la incidencia, sino también de la gravedad, duración y consecuencias de las incapacidades que provoca la enfermedad, queda abierto un horizonte mucho más amplio para las actividades preventivas. (8)

Un factor que vale la pena mencionar es que al campo médico se le ha delegado oficialmente la responsabilidad de abordar y definir el problema de alcoholismo, por ejemplo: las definiciones y conceptos que se manejan rutinariamente se encuentran en la literatura médica en gran porcentaje. Aunado a ello solo las Instituciones de salud son quienes controlan y atienden el problema y en forma disciplinaria. No por eso se descarta el aporte de la medicina ante esto, pero, también es necesaria la intervención de las disciplinas sociales, a fin de que, conjuntamente se implementen medidas más preventivas que paliativas.

En virtud de lo anterior cabe señalar que las conceptualizaciones señaladas, son producto de investigaciones clínicas realizadas a aquellas personas que dependen del alcohol.

(8) TURULL T. FCO. "Consideraciones acerca de los enfoques de la Problemática del consumo de alcohol". Ponencia del X Congreso Mundial de Sociología. México 1982.

Desafortunadamente la magnitud del problema se agudiza cada vez más, pues basta observar las estadísticas de mortalidad, accidentes de tránsito y de trabajo, enfermedades generales y -- problemas familiares, entre los más significativos. Es interesante contemplar que, mientras lo anterior avanza con gran rapidez, los estudiosos en la materia solo se preocupan por modificar la organización del problema.

1.2 ALCOHOLISMO: Algunos aspectos económicos y sociales que lo determinan.

México es un país que está experimentando una serie de cambios en su estructura económica y social, de tal forma, que de alguna manera el consumo de alcohol va en aumento.

Actualmente la industria de bebidas alcohólicas ha llegado a ocupar un lugar importante por su producción, venta y consumo pues se dice que a nivel mundial, ocupa el 3er. lugar.

1.2.1 Producción.- Las bebidas nacionales y locales, como pulque, tequila y mezcal, están siendo reemplazadas por las internacionales como la cerveza y el brandy.

La industria de cerveza, el vino, y los licores, se encuentran en expansión y con decidido impulso por parte del gobierno para estimular la producción nacional.

La tendencia de la Industria de bebidas alcohólicas ha enfocado su política hacia la formación y asociación de monopolios y con compañías extranjeras. Su interés es el manejo de

mejores técnicas de venta, para ampliar el mercado nacional, ya que debido a la fuerte competencia internacional, es muy difícil que la producción se destine a la exportación. (9)

En los siguientes cuadros se contempla el aumento de la producción de bebidas alcohólicas de 1968-1978; el incremento de expendios de bebidas embriagantes en la República Mexicana, por -- clase de establecimiento 1976-1980; evolución de la recaudación del impuesto a la producción de cerveza y la participación del Estado en este tipo de bebida.

PRODUCCION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

(Unidad en litros) en 10 años

| PRODUCTO | 1 9 6 8 | 1 9 7 8 |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| Aguardiente común | 24,100,000 | 17,725,860 |
| Brandy (aguardiente de uva) | 16,000,000 | 62,952,110 |
| Cerveza | 1267,085,700 | 2281,697,339 |
| Pulque | 240,091,795 | 263,694,987 |
| Tequila | 25,256,104 | 47,458,891 |
| Mezcal | Se ignora | 2,114,852 |
| TOTAL | 1572,533.599 | 2675,644,039 |

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 Dirección de Estudios Hacendarios
 Secretaría de Programación y Presupuesto
 Dirección General de Estadística

(9) CAMPILLO, S. CARLOS. "Los problemas relacionados con el alcohol en México". P.176, El alcoholismo en México. 1. Patología, Fundación de Inv. Soc. Ac. 1982.

En las cifras anteriores no se contemplan las bebidas que se producen clandestinamente.

Datos actualizados sobre la cerveza de los últimos 5 -- años, nos aportan la evaluación del volumen de la producción de ésta bebida, una de las más populares.

EXPENDIOS DE BEBIDAS EMBRIAGANTES EN LA REPUBLICA MEXICANA POR CLASE DE ESTABLECIMIENTO

| CONCEPTO | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Cantinas | 16,416 | 15,878 | 16,544 | 18,931 | 19,873 |
| Pulquerías | 6,567 | 6,558 | 6,679 | 7,040 | 7,386 |
| Cervecerías | 15,182 | 16,684 | 16,436 | 17,873 | 18,851 |
| Restaurantes | 24,760 | 26,588 | 27,482 | 29,572 | 31,401 |
| Tiendas, tendajones y estanquillos | 96,100 | 94,416 | 100,373 | 105,044 | 113,414 |
| Otros establecimientos 1/ | 16,357 | 18,328 | 19,588 | 20,928 | 21,782 |
| Localidades donde se registraron expendios | 11,529 | 11,243 | 11,336 | 12,023 | 12,644 |
| Expendios de bebidas según medio: | | | | | |
| Urbano | 153,433 | 151,408 | 158,889 | 170,903 | 179,502 |
| Rural | 21,949 | 27,044 | 28,213 | 28,485 | 33,205 |
| Total de expendios de bebidas | 175,382 | 178,452 | 187,102 | 199,388 | 212,707 |

1/ Expendios de vinos y licores, restaurantes, cabarets, salones y academias de baile, dulcerías, pastelerías, reposterías, casinos, clubes, otros centros recreativos y establecimientos o almacenes con venta de botella o -- envase cerrado.

FUENTE: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1980.
S.P.P. /p.135.

Si se compara el incremento de expendios de bebidas embriagantes con las instituciones y organismos de prevención al alcoholismo no son ni el 10% de ellas en estos cinco años.

¿Puede decirse que al Estado le conviene más la autorización de expendios, que de alguna manera reedita, en cuanto a impuestos, más que una Institución preventiva? o bien, ¿conviene el apoyo a la Industria de bebidas embriagantes particulares a fin de generar empleos y una elevada producción e impuestos rentables?. Esto podría ser retomado para alguna investigación al respecto.

EVOLUCION DE LA RECAUDACION DEL IMPUESTO A LA PRODUCCION DE - -
CERVEZA

| AÑO | RECAUDACION BRUTA | SUBSIDIOS | PARTICIPACIONES | RECAUDACION EFECTIVA |
|--------|-------------------|-----------|-----------------|----------------------|
| 1970 | 314.1 | - | 139.6 | 174.5 |
| 1971 | 899.2 | - | 420.6 | 478.6 |
| 1972 | 1,204.3 | - | 566.2 | 638.1 |
| 1973 | 1,406.7 | - | 690.5 | 716.2 |
| 1974 | 1,596.1 | - | 279.7 | 1,316.4 |
| 1975 | 2,030.2 | - | 1,219.5 | 810.7 |
| 1976 | 2,617.6 | - | 1,212.5 | 1,405.1 |
| 1977 | 3,605.4 | 5.3 | 1,636.1 | 1,964.0 |
| 1978 | 4,685.1 | 36.5 | 1,565.7 | 3,082.9 |
| 1979/1 | 5,584.1 | 80.4 | 2,810.7 | 2,678.0 |

1/ Excluye 15 millones de CEDIS

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto
Anuario Estadístico
Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Cabe señalar que este impuesto no contempla el de distribución, venta y consumo.

Los ingresos que las bebidas alcohólicas proporciona al Estado, en forma de impuestos, se ven disminuidos gracias a los subsidios y otros apoyos a esta industria, por lo que la cifra real de percepción de impuestos es mucho menor que la que correspondería originalmente.

1.2.2 Consumo.- El consumo de alcohol en épocas pasadas era considerado una costumbre social que no implicaba mayores repercusiones biopsicosociales; en la actualidad no es así, el consumo ha alcanzado tal magnitud que, estudiosos en la materia, dedican sus esfuerzos para entender y definir lo que hoy se conoce como fenómeno o problema social.

Investigaciones europeas y norteamericanas realizadas en las últimas décadas, han reportado un aumento considerable de consumo per cápita a nivel mundial. Refieren que el aumento del consumo de alcohol ha sido notable básicamente a partir de la 2a. Guerra Mundial, tanto en países industrializados, como en aquellos que aún transitan al proceso de industrialización.

Algunos de los factores que señalan como características del mismo en nuestro país son los siguientes:

- . Mayor disponibilidad de alcohol, debido al reemplazo de los métodos tradicionales de fermentación y destilación, por procedimientos tecnológicos de producción industrial.
- . Una mayor accesibilidad, debido a la disminución del costo real de las bebidas alcohólicas y al debilita-

miento de las restricciones.

- . Un cambio en los hábitos de consumo, que se manifiesta en dos sentidos: como convergencia, a escala mundial, en los tipos y cantidades de bebidas alcohólicas disponibles y en las preferencias, que hace que en los países en desarrollo los licores de marcas comerciales importados se sumen a los de uso tradicional; y por otra parte, como diversificación del consumo, al interior de cada sociedad, en términos de ingestión en situaciones nuevas y más variadas (circunstancias, lugares, ambientes sociales, ocasiones), en cantidad y frecuencia con que se bebe y en la incorporación de sectores de la población (jóvenes, mujeres) tradicionalmente poco o nada bebedores.

- . Las medidas administrativas y legales tienden mas a favorecer el consumo que a restringirlo, por ejemplo:
 - 1) El precio de las bebidas es muy bajo en comparación con otros países y con el poder adquisitivo de la moneda.
 - 2) Los expendios autorizados para vender bebidas alcohólicas aumentan a una velocidad mayor que la población y son del mas variado tipo, pues se incluyen entre otros: tiendas de autoservicio, de abarrotes, misceláneas, espectáculos, etc.

- 3) Los horarios de venta son de lo mas amplio.
- 4) No hay restricciones para que ciertas personas compren alcohol, como es el caso de los menores. Por todo ello, no es de extrañar que el consumo de alcohol en México haya aumentado en los últimos años.

Para tener una idea, en el siguiente cuadro se contempla un cálculo aproximado del consumo anual de la cerveza en sus diferentes formas durante el periodo 1971-1976. (10)

El aumento considerable en ese tiempo nos da una idea de la oferta y demanda que tiene el consumo de alcohol.

CONSUMO DE CERVEZA 1971-1976

(miles de litros)

| ANO | TOTAL | EMBOTELLADA | EMBARRILADA | ENLATADA |
|------|-----------|-------------|-------------|----------|
| 1971 | 1,248,753 | 1,122,009 | 34,177 | 92,567 |
| 1972 | 1,469,486 | 1,313,362 | 37,329 | 118,795 |
| 1973 | 1,701,833 | 1,489,281 | 35,306 | 177,246 |
| 1974 | 1,926,241 | 1,633,658 | 37,614 | 248,969 |
| 1975 | 1,916,450 | 1,617,874 | 38,060 | 260,516 |
| 1976 | 1,896,818 | 1,565,191 | 37,961 | 293,666 |

FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Dirección General de Estudios Hacendarios y Asuntos Internacionales

Tomada: De Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1975-1976.
De la Secretaría de Programación y Presupuesto. p.883

(10) CAMPILLO SERRANO, C. "Problemas relacionados con el consumo de Alcohol en México", p. 176, 77, "El Alcohol en México". Patología Fnd. de -- Inv. Soc. A.C.

1.2.3 Características socioeconómicas del alcohol en

México.- Las consecuencias derivadas por el - - excesivo consumo de alcohol, han originado que el alcoholismo sea visto como uno de los principales problemas sociales, pues ha -- arrasado con aspectos: laboral, familiar, legal, y de salud entre otros. Algunos de ellos son los siguientes:

1.2.3.1 Aspecto Salud.- Cirrosis Hepática: Desde hace 10 años se mantiene en la escala de las 10 principales enfermedades como lo reporta la Dirección General de Estadística, 1970.

Los certificados de defunción en México (Atlas de Salud S.S.A. 1973) han hecho suponer que el número nacional de casos por Cirrosis de esta naturaleza, es mayor que el que aparece en los registros oficiales.

En otros estudios, sobre causas de mortalidad en 1970, la Cirrosis Hepática ocupó el 1er. lugar como causa de muerte entre el sexo masculino de edades comprendidas de los 35 a los 59 años.

1.2.3.2 Aspecto Laboral.- El ausentismo laboral debido al consumo inmoderado de alcohol, ha sido estudiado en nuestro -- país, encontrándose que "el promedio de internamiento sanatorial de cada derechohabiente alcohólico, del I.M.S.S. fue de dos meses y medio por año, lo que representa 625 horas de trabajo perdidas". (11)

(11) Velasco Fdez. R. "Anteproyecto de un programa de acción contra el alcoholismo y el abuso del alcohol". México, D.F. 1980 p.5 Artículo.

Se ha calculado que el 2% de los trabajadores faltan diariamente a su trabajo por motivo del alcohol.

De una muestra de 3,802 pacientes alcohólicos, el 29.5% carecían de empleos. (12)

Recientes informes de la Procuraduría General de la República 1982, nos dicen que existen 5 millones de alcohólicos que nulifican anualmente en un 15% la fuerza productiva de la Nación y menoscaban su economía en el orden de los 275 mil millones de pesos.(13)

Si a ésto le agregamos los accidentes de trabajo, enfermedades generales, leves y crónicas e invalidez de aquellos que presentan problemas con su manera de beber, etc., las pérdidas seguramente son mas elevadas.

Desafortunadamente no se lleva un control oficial al respecto pues esto nos ampliaría el criterio a seguir, social y laboralmente.

1.2.3.3 Aspecto Familiar.- Divorcios: En los que el alcohol interviene, no han sido motivo de atención de acuerdo a los estudios realizados en nuestro país. Aún cuando en nuestra legislación y probablemente en otros pues, la embriaguez de - -

(12) Bustamante M.E. "EL alcoholismo y sus consecuencias socio-médicas: Aspectos socio-médicos". GAC. MED. MEX. 1974. p.107-227.

(13) Molina P. Valentin y Sánchez M. Luis. "El alcoholismo en México": PATOLOGIA Ed. Fundación de Investigación Soc. 1982, p.24.

alguno de los cónyuges es razón para una separación legal.

En 1976 de 19,002 divorcios el 23% de ellos se registraron por embriaguez en la República Mexicana, y el 6% en el D.F.

En 1977 de 21,269 divorcios, el 23% fueron reportados en la República Mexicana y el 3% en el D. F.

Conflictos familiares: No existen estudios específicos en México sobre las consecuencias biopsicosociales que se originan en la familia a causa del alcoholismo pero se presupone que ocasiona problemas familiares de importancia, como alteración en la dinámica de la misma, trastornos psiquiátricos o emocionales en alguno o varios miembros.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la OMS realizaron una investigación reciente en 1981 (14) en algunas colonias del sur de la ciudad de México, en las que se encontró que los hombres beben más que las mujeres, que casi siempre lo hacen en compañía masculina, en ocasiones especiales como fiestas, celebraciones, fines de semana, etc., durante períodos muy largos de tiempo, con tendencia a la embriaguez y la mayor parte de ellos lo hacen en su propia casa. Los datos dibujan la situación con bastante claridad: la casa llena de amigos, todos ellos con alto grado de embriaguez y la esposa sirviéndoles pero sin tomar parte activa en la reunión.

(14) MOLINA, P.V. y SANCHEZ MEDAL. "El alcoholismo en México. Patología". Ed. Fundación de Inv. Soc. A.C. 1982. "Los problemas relacionados con el alcohol".

Las consecuencias biopsicosociales por el abuso, la agresión y violencia que frecuentemente se presentan en el escenario familiar, ha dado lugar a que algunas instituciones de salud y disciplinas similares, implementen algunos programas de atención e investigación de la familia. Para ello es necesario el apoyo gubernamental a la atención y orientación familiar a este respecto.

1.2.3.4 Aspecto Legal.- De acuerdo a los datos tomados por la sección de Informática de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (Depto. de Educación Vial), en 1976 se registró un total de 23,922 accidentes en carretera de todo el país, con saldos de 3,811 muertos: 18,678 heridos y \$456,667.00 en daños materiales.

Las principales causas de accidentes fueron las siguientes:

PRINCIPALES CAUSAS DE ACCIDENTES EN 1976-1978

| CAUSAS | No. DE ACCIDENTES |
|-----------------------|-------------------|
| Exceso de velocidad | 10,321 |
| Circulación prohibida | 3,518 |
| Impericia | 2,617 |
| Estado de ebriedad | 935 |
| TOTAL | 17,391 |

FUENTE: Secretaría de Comunicaciones y Transportes
(Depto. de Educación Vial)
ROSOVSKY H. Tesis "Alcoholismo y Problemas relacionados con el consumo de alcohol en México", 1981.

Como se observa, del total de accidentes registrados se comprobó que el 5.3% se debió a estado de ebriedad.

Según datos publicados por la Dirección Higiénica en México en el año de 1970, hubo 33,321 defunciones por accidentes de tránsito y en los hechos de sangre, en un 70% intervino el alcohol en una u otra forma, lo cual implica que ese año murieron 23,325 personas en choques, vocaduras, riñas, suicidios y atropellamientos.

En 1974 en un trabajo realizado por la Dirección General de Justicia en la Ciudad de México, se registró un total de - - 12,689 hechos de tránsito, de los cuales el 17.5% o sea 2,219 casos ocurrieron bajo los efectos del alcohol.

En carretera de Jurisdicción Federal en el lapso de - - 1965-1977 (15), las cifras ascendieron de 638 en 1965 a 1,057 en 1977.

En 1970 del total de fallecidos, el 22% presentaron -- alcohol en la sangre, un 4% correspondió al grupo de entre 15 y 19 años de edad.

Respecto a las causas de mortalidad con alcohol en la -- sangre, el 27% correspondió a homicidio, el 9% a suicidio y el 23% a accidentes de tránsito.

(15) Fuente: Secretaría de Comunicaciones y Dirección General de Educación Vial.

Si se lograra conjuntar toda la información de las diversas fuentes, se podría afirmar que del total de los accidentes registrados, la mitad o más, tienen relación con el consumo del -- alcohol en sus diferentes grados.

Del presente capítulo puede desprenderse que el papel que juega la industria de bebidas embriagantes en nuestro país es significativo y elemental para el Estado actual, no así para la -- población quien sufre los estragos, en sus diferentes esferas, a consecuencia del excesivo consumo de alcohol, el cual se fomenta continuamente a través de los medios de comunicación a fin de que de terminado grupo o sector se beneficie considerablemente por y de ello.

Es elemental que se conozcan mínimamente los factores económicos sociales que determinan el problema del alcoholismo en nuestro país para ubicar a la familia del alcohólico - - - como parte de él. De esta manera es factible la proposición de alternativas de acción necesarias para el trabajo interdisciplinario ante la situación del mencionado grupo.

Como complemento a lo anterior es conveniente mencionar algunos de los antecedentes y características de lo que ahora conocemos como la familia contemporánea, pues a ella se le sigue -- considerando como la célula de la sociedad actual, necesaria para el mantenimiento de nuestro sistema. Por lo tanto, se describe a continuación lo que se conceptualiza por familia su estructura y dinámica actual, así como la familia del alcohólico, a fin de conocer si ésta última está cumpliendo con lo establecido.

CAPITULO :

LA FAMILIA

2.1 EL ESTADO Y LA FAMILIA

Durante el año 1871 se realizaron estudios sobre el origen y evolución de la familia con Mórgan, Bachofen y Mac-Kenaar; Marx por su lado en sus primeros escritos (los manuscritos Económicos-Filosóficos, de 1844, y la ideología alemana), expresó también algunas consideraciones sobre el tema, así como su preocupación por la relación entre el hombre y la mujer, pues en ésta para él, ya se manifestaba el desarrollo de las sociedades.

Para el tema que nos concierne en este trabajo se retomamos algunos de los antecedentes más relevantes del origen de la familia y de los modos de producción existentes ya que en ellos se fundamenta la realidad actual.

Es Engels quien realiza los primeros planteamientos -- marxistas sobre la familia. "Desarrolla sus teorías a partir de los estudios antropológicos de Lewis Morgan y de las hipótesis de Bachofen sobre el matriarcado, dándole a su interpretación un -- fundamento y un contenido materialista histórico."(1)

Este análisis marxista residió en "concebir a la familia como una institución de origen histórico, con un fundamento eco-

(1) Waldman, G. "La crisis de la familia", una revisión teórica del problema. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Soc. Ed. Progreso 1970-1980; UNAM, p.102

nómico relacionado estrechamente con las clases sociales y el Estado". (2)

El interés que tuvieron los diversos estudios fue la necesidad de conocer y entender el desarrollo de la sociedad pues en ella radica la evolución humana.

Engels en su obra "El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado", describe a la familia durante los diferentes modos de producción, ubicando así el desarrollo económico y político por el que atravesó.

Morgan refirió que..."La familia es un elemento activo, que nunca permanece estacionado sino que pasa de una forma inferior a una superior, a medida que una sociedad evoluciona de un grado más bajo a otros más alto". (3)

Para ello ubica a la familia durante las tres etapas -- principales de desarrollo de la sociedad y que son:

- 1) El salvajismo
- 2) La barbarie, y
- 3) La civilización

El avance de un período a otro fue gestándose a medida que las sociedades incrementan su actividad productiva. No se dió en forma tajante sino a través de un proceso transitorio en el que las características tanto de los modos de producción y las formas del matrimonio, iban evolucionando.

(2) Waldman G., "La crisis de la familia", una revisión teórica del problema. Revista Mexicana de Ciencias Pol. y Soc. Ed. Progreso 1979-1980, UNAM, p. 102.

(3) Engels, F. "El origen de la familia, propiedad privada y el Estado". Ed. Roca, Plan de Ayala, D. F. p. 209.

En el siguiente cuadro se señala la transición indicada

CARACTERISTICAS DE LA EVOLUCION DE LA FAMILIA DURANTE LOS
MODOS DE PRODUCCION EXISTENTES (4)

| MODO | ESTADIO | TIPO DE FAM. | FORMA | CARACTERISTICAS |
|-----------------|----------|---|--------------------------|--|
| Salvajis- mo | Inferior | Consanguínea | Matrimonio por grupos | Libertad sexual (promiscuidad entre hermanos) Los grupos de familia se identifican por generaciones. |
| | Medio | Pumulúa | | Indicios de la formación de las gens (clanes) Apropiación de los productos naturales. |
| | Superior | Inicio de la sindiásmica. | | Se desarrolla la gens. |
| Barbarie | Inferior | Sindiásmica | Comunidad Conyugal | Prohibición del matrimonio por grupos. Formación de parejas. Respeto y libertad absoluto a la mujer, Predomina el derecho materno. Aparece la ganadería y agricultura. |
| | Medio | Sindiásmica | | Se incrementa la producción de la naturaleza. La tierra es propiedad de la tribu. |
| | Superior | Sindiásmica inicio de la monogamia. | | Se implementa la fundición de minerales y el labrado de metales. Aumenta la suma del trabajo. Se origina la 2a. div. del trabajo. Surge la esclavitud. Se derroca el derecho materno. Se expande la producción y aumenta el excedente. |
| Civilización. | | Monogámica a) Adulterio y b) Prostitución | Matrimonio Conyugal | Se inicia la industrialización, la tecnología y el arte. El hombre continúa aprendiendo la elaboración de naturales. Explotación y represión de la mujer. Se inicia la lucha de clases de un sexo por el otro. |

(4) Tabla elaborada por la que suscribe E.C. Se retoma la obra de F. Engels sobre el "Origen de la Familia la propiedad privada y el Estado".

2.1.1 Familia consanguínea.- Característica del salvajismo, etapa de promiscuidad inicial, donde no existen vínculos permanentes en el padre y la madre; no existe obligación consuetudinaria de las relaciones entre sí y mucho menos responsabilidad por parte de los padres hacia sus hijos. Es la madre quien exclusivamente se dedica a la atención y cuidado de los hijos pues debido a que solo se sabía verdídicamente la descendencia de éstos, es como se le otorgaba esta función y se señala el parentesco sólo por la línea materna.

En el estadio superior de esta etapa se forma la familia PUNULUA, se caracteriza por la existencia de grupos conyugales que se identifican por generaciones, abuelos, abuelas, son todos maridos y mujeres entre sí; los hijos de éstos por consiguiente y los nietos de los primeros son todos entre sí, hermanos. La descendencia solo puede establecerse por línea materna, y por consiguiente, solo se reconoce la línea femenina, Se prohíbe el comercio sexual entre hermanos y hermanas y colaterales más lejanos.

La subsistencia durante este período fue básicamente mediante la obtención de los productos que la naturaleza daba ya hechos y en la elaboración de éstos de manera artificial por medio del hombre, lo que facilitó posteriormente la apropiación y producción de los mismos. En este período hay indicios de la formación de las gens, (clanes).

2.1.2 Familia sindiásmica.- Su período de desarrollo y organización se ubica entre el estadio superior del salvajismo

y el modo de la barbarie.

Etapa que se caracteriza por el proceso de aniquilación del matrimonio por grupos reduciendo poco a poco el círculo familiar, hasta consolidarse la unión conyugal en su estadio superior. El objetivo básico fue la prohibición del matrimonio consanguíneo entre parientes cercanos.

Esta forma evidentemente dió lugar a procrear hijos física y mentalmente mas sanos y que por su misma naturaleza darían pauta a una organización mas estricta de su propia familia. La mujer continúa con la atención y cuidado de los hijos, así como de su hogar, el hombre ya para entonces es reconocido como padre legítimo; como tal, le corresponde la función de satisfacer las necesidades principalmente materiales de su familia, involucrándose así en las actividades propias de este período como la ganadería, agricultura y más adelante en la explotación de los productos de la naturaleza.

A través del desarrollo del trabajo y su evolución, el hombre va adquiriendo mayor riqueza en productos, incrementa sus bienes de tierra y ganado, originándose la propiedad privada, logrando con ello, un lugar más importante en la sociedad y en su familia conyugal que en épocas anteriores nunca tuvo.

Para obtener derecho absoluto respecto a la distribución de la herencia y riqueza en general del hombre hacia sus hijos, fue necesario abolir el derecho materno que durante años persistió.

"El derrocamiento del derecho materno, fue la gran derrota histórica del sexo femenino en todo el mundo. El hombre empuñó las riendas de la casa; la mujer se vió degradada, convertida en la servidora, en la esclava de la lujuria del hombre, en un simple instrumento de reproducción". (5)

Una vez que el hombre adquiere todos los derechos, es entonces como la familia pasa a ser Patriarcal y Monogámica, caracterizándose por la necesidad de asegurar más la propiedad privada y la transferencia de la herencia.

La mujer pasa a ser el objeto de la represión del hombre, económica, moral y socialmente. La opresión sexual y la exigencia de castidad entre otros, da lugar a la prostitución, y por ende, como Marx señaló, a "La explotación de un sexo por el otro". (6)

Engels plantea al respecto:

"Se funda el predominio del hombre; su fin expreso es el de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible, y esa paternidad indiscutible se exige porque los hijos en calidad de herederos directos, han de entrar un día en posesión de los bienes de su padre". (7)

Esta fue la primera forma que no se basó en condiciones naturales, sino económicas y concretamente en el triunfo de la pro

(5) F. Engels "El origen de la familia, la prop. privada y el Edo.". Marx y Engels Obras escogidas. Vol. II (Moscú) Ed. Progreso, p.215.

(6) Idem. pag. 216.

(7) Idem. pag. 219.

propiedad privada sobre la propiedad común primitiva, originada espontáneamente. Preponderancia del hombre en la familia y procreación de hijos que solo pudieran ser de él y destinados a heredarlo; tales fueron, abiertamente proclamados por los Griegos, los únicos objetivos de la monogamia.

2.1.3 Familia monogámica.- Se ubica en el período de civilización considerada como la primera forma de propiedad privada; la mujer es exclusiva y totalmente propiedad del hombre. La solidez de los lazos conyugales solo se disuelven por decisión del hombre, además de tener todo el derecho de ser polígamo si lo deseaba, así como repudiar y explotar a su mujer a su antojo.

Marx plantea en un escrito: "Esta etapa es la primera forma de división del trabajo, el antagonismo de clases coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer, y que la primera opresión de clases se gesta con la opresión del sexo femenino por el masculino". (8)

La expansión de la producción da lugar a la industria - propiamente dicha, y al arte; el hombre continúa aprendiendo la elaboración de los productos naturales, la explotación de la ganadería y la manera de intercambiar el excedente obtenido.

Quien contase con mayor excedente, obviamente era el que determinaba, estipulaba o condicionaba la distribución y organización de la materia prima obtenida.

(8) F. Engels. "El origen de la Familia, la propiedad privada y el Estado". Marx y Engels Obras escogidas. Vol. II (Moscú) Ed. Progreso, p. 61..

La lucha entre los poseedores y no poseedores, da lugar a las contradicciones sociales y a la creación del Estado con el -- objeto de conciliar las contradicciones de las clases sociales", que ya en éste período se gestaban.

La poligamia en sus dos formas: adulterio y prostitución, también va a ser producto del conflicto familiar desde entonces ya iniciado, pero que irremediamente formó parte del mismo -- proceso de la familia mencionada.

El crecimiento social progresaba, la familia se condicionaba cada vez más.

La mujer tenía como función principal las labores domésticas (limpieza, alimentación, etc.), que evidentemente contribuía a mantener y reproducir la fuerza de trabajo necesaria para la sociedad en boga.

Es así como la familia llega a constituirse como la célula económica esencial para la sociedad capitalista; "mientras el hombre se dedicaba a elaborar objetos económicamente visibles", que generaban valor de cambio y a su vez creaban riqueza, la mu-
jer debía de elaborar, crear, distribuir y dar los elementos de consumo necesarios para el mantenimiento de la fuerza de trabajo, aún cuando no fuesen reconocidos como productivos, propiamente -
dicho, pero sí elementales para el mantenimiento de la sociedad civilizada.

2.2. LA FAMILIA EN MEXICO

2.2.1 Antecedentes.- Se ha mencionado en el punto anterior el origen de la familia durante tres estadios en el continente europeo.

Realmente existen pocos estudios al respecto, la diversidad de planteamientos dificulta el profundizar y ampliar el conocimiento del tema.

Sánchez Azcona y Luis Leñero, sociólogos mexicanos, han sido algunos de los estudiosos en la materia y de quienes se retomarán parte de sus consideraciones para analizar a la familia mexicana.

A nuestro país corresponde la imposición del modelo institucional de la familia monogámica. El mestizaje cultural caracterizado por la sumisión de la mujer mexicana ante el abuso y poder de su cónyuge español, criollo y/o euromestizo.

"El hijo es criado cercano a la madre a quién ama, comparte y protege; posteriormente aún cuando el hijo teme y respeta al padre, lo imita al formar su nueva familia". (9)

La autoridad paterno-materna era característica de la familia mestiza de acuerdo a la posición anterior.

Con la influencia liberal y romántica hacia fines del siglo XIX, después de la época colonial, se acentúa cada vez

(9) Leñero, L. "La familia". Ed. Aguilar. México, D. F. p. 46-47.

más la familia monogámica, en mestizos como indígenas, pues el rector de éstas era el conquistador quién determinó el sistema conyugal mexicano.

El modelo mexicano impuesto en latinoamérica, es instituido durante 3 siglos aproximadamente. Vale la pena mencionar algunos de los acontecimientos en México que influyeron en la -- formación de la familia y de los que dependió, en mucho, el modelo institucional existente en nuestros días.

De 1770-1779, fin del reinado de Carlos III de España y parte del de Carlos IV. Periodo de desarrollo económico y cultural. Criollismo emergente.

1763-1815, fines del periodo colonial. Inicio de la -- guerra de Independencia. Los criollos experimentan una seria - crisis cultural.

1820-1840, inicio de la vida Republicana. Lucha entre centralistas y federalistas. Pérdida de Texas. Guerra de los Pasteles. Periodos sucesivos de Santa Ana. Generación de Juárez y Melchor Ocampo.

Nacen con la independencia y asumen en su vida, la experiencia de la vida de un país nuevo. Al nivel popular y de sectores medios hay una ambivalencia de orientación sociopolítica y

cultural que les hace ser muy ambiguos en sus aspiraciones: conservadores en su vida privada y liberales en lo público.

1845-1865, término de la República Central. Arista y Santa Ana. Régimen Federal y primer período de Juárez. Guerra de Reforma. Intervención Tripartita y Francesa. Primer período del imperio de Maximiliano. Luchas entre liberales y conservadores. Nueva influencia Francesa.

Se vive la pérdida de la guerra y las tierras frente a los Estados Unidos; experimentan las generaciones de ese entonces la guerra de Reforma; ven pasar el Imperio de Maximiliano -con todos los aires de pseudoaristocracia cultural- y la República Liberal Restaurada.

1870-1875, fines del régimen Juarista, Período anterior e inicial al Porfiriato. (La República Federal Liberal). Pacificación del país. Vigencia de las leyes de la Reforma. Liberalismo oficial y Neolatifundismo.

La familia experimenta la influencia cultural francesa de la clase elitaria, la de moda romántica que enfatizó la familia conyugal, aún del todo institucionalizada y la pérdida del poder político de la iglesia católica en el país, se mantiene el crédito moral de lo religioso como norma de vida privada y familiar, a pesar de la tendencia anticlerical oficial.

1895-1910, último período del Porfiriato. Se prepara y se inicia la Revolución Mexicana. Influencia del positivismo oficialista y del Romanticismo pequeño-burgués. Influencia francesa. Generación más estable en su formación, aunque con todos los problemas que implicó el Porfiriato para las clases populares. Se vive el período post-revolucionario y la modernización tecnológica.

1920-1935, término del período revolucionario. "Maximato" de Calles. Conflicto religioso. Formación del Partido Oficial. Período inicial post-revolucionario propiamente dicho: México inicia su estabilidad política "Nacionalismo Populista".

Período preindustrial, en él nace la tecnificación (el automóvil, los aparatos eléctricos, las comunicaciones masivas de radio y T.V.).

La formación moral fue menos cambiante y más estable que la anterior y posterior generación.

1945-1960, Período de Alemán, hasta los primeros años de López Mateos, Tendencia desarrollista que, aunque capitalista e industrial, es posterior a la segunda Guerra Mundial. Confianza y triunfalismo del desarrollo mexicano. Influencia de la civilización norteamericana. Se vive el período de la post-guerra mundial que para México significa un crecimiento económico en la industrialización y en la influencia norteamericana. (10)

(10) Leñero, L. "La familia". Ed. Amies, México, p. 42-45.

Experimentan las familias un cambio de las costumbres en cuanto a la moral sexual entre otras; todavía muy puritana en su infancia, pero más abierta en su juventud y ahora liberada en su madurez.

A esta generación le corresponde un momento de transición muy variante por su transformación y la fuerte influencia de los medios masivos de comunicación.

Como se ha observado "la historia familiar ha sido producto de acontecimientos históricos importantes, no dejando atrás cierta dualidad a causa del formalismo institucional del modelo familiar, por un lado definido por la elite del poder político y cultural y por el otro, la realidad de las relaciones primarias de la vida cotidiana que hoy en día es calificada como anómala, siendo que sólo se ha representado un fenómeno de respuesta a -- condiciones y necesidades reales de la población". (11)

2.2.2 Familia contemporánea.- La familia ha atravesado por diferentes etapas importantes; para estudiarla en su momento actual ha sido necesario contemplar los anteriores elementos ya que de ellos se desprende la estructura y organización de la familia de nuestra época.

Algunos autores y estudiosos de la materia han insistido en la necesidad de conservación de la unidad familiar pues de ella

(11) Lefero, L. "La familia". Ed. Amies. México, p. 47.

ha de depender en gran medida el desarrollo y equilibrio del ser humano en sus diversas esferas.

En épocas pasadas la familia como tal, tuvo un papel importante para la sociedad, pues de alguna manera la propia familia apoyaba la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para la obtención de la riqueza, que daba poder y hegemonía a ciertos grupos sociales.

Ciertamente México no estuvo fuera de las características mencionadas sino que se inicia con estos elementos que en la época prehispánica existían, la monogamia patriarcal persistió durante muchos años en nuestro país.

"A raíz de la revolución industrial y los cambios de modo de producción, trajeron como corolario un cambio en la estructura y organización familiar". (12)

Consolidado el sistema capitalista se imponen como principios fundamentales:

"La producción de trabajo excedente en forma de valor (plusvalía) y la acumulación de la riqueza". (13)

Obviamente el que el individuo se incorpore a este nuevo modo de producción, impide la posibilidad de aportar a - - - - - su familia lo que en épocas anteriores podía, originándose ahora,

(12) Walman Gilda, "La crisis de la familia", una revisión teórica del programa. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Soc. Ed. Progreso. 1979-1980, UNAM, p. 107-108.

(13) Idem. p. 108.

deficiencias en su núcleo familiar, específicamente de tipo económico.

Es así que, para poder ayudar al mantenimiento de las necesidades básicas de la familia, la mujer se incorpora al sistema productivo. A raíz de este hecho, la familia se convierte en la unidad básica de consumo, necesaria para el mantenimiento del sistema, por ejemplo: a) La necesidad de adquisición de mayor dinero para la compra de alimentos en el mercado, los que antes se producían en el hogar.

Este cambio ha dado lugar a que la familia se encuentre en crisis. No ha perdido su estructura, sólo se ha modificado; lo que vale tener en cuenta es que sus objetivos básicos ahora ya no responden realmente al desarrollo biopsicosocial necesario para el individuo, sino que sus funciones se han tornado a satisfacer las necesidades del sistema capitalista, como: el consumismo, la oferta de la fuerza de trabajo (plusvalía) y el incremento de la riqueza como principales.

Cabe señalar que para reforzar tal situación y permitir a la familia su incorporación al sistema productivo, el Estado se apoya en las instituciones que, de alguna forma, van a suplir las funciones y responsabilidades propias de la familia actual.

Por ejemplo, en aquellos casos en que el hombre como la mujer deben salir del hogar a vender su fuerza de trabajo, los hijos, o bien, se incorporan a subempleos que otorga el capitalismo, o se les integra a las instituciones que el Estado capita

lista ha creado para el cuidado y atención de los hijos de ellos.

En virtud de lo anterior, se puede decir que en la actualidad la familia contemporánea urbana ha cambiado en cuanto a su contenido; sus características son propias del modo de producción existente. Sus necesidades principalmente económicas han dado lugar a que alguno o varios de sus integrantes (en su mayoría, mujeres), se incorporen a la sociedad industrial existente para realizar una larga y dura jornada de trabajo. Paralelo a ello, existe también la necesidad de cubrir aspectos básicos para el mantenimiento del hogar. Finalmente el resto de funciones que históricamente le corresponden para satisfacer y permitir un desarrollo integral del individuo, a menudo son aniquiladas y/o muy restringidas.

Los profesionales en la materia, como ya se ha mencionado, mantienen su interés respecto a conservar los elementos básicos de la unidad familiar, necesarios para el equilibrio biopsicosocial del individuo. Desafortunadamente las condiciones económico sociales de hoy en día, limitan cada vez más la posibilidad de cumplir satisfactoriamente con éstas.

Vale la pena, para los fines del presente estudio, mencionar la conceptualización de la familia, funciones, características y elementos que la componen así como su estructura.

2.3 LA FAMILIA Y SU DINAMICA

El individuo forma parte de una sociedad, dentro de ésta existe una multiplicidad de grupos llamados secundarios los que de alguna manera, pasan a formar parte de ellos realizando actividades complementarias a su desarrollo y crecimiento. Entre otros se encuentran; la escuela, el trabajo, grupos deportivos, etc. En este sentido, el grupo familiar juega un papel importante, su esencia y características van a formar parte de algo elemental. Para tener un panorama de lo que se entiende por familia y su dinámica, a continuación se mencionan algunos de los planteamientos que la Psiquiatría y Sociología hacen al respecto. Es necesario aclarar que los conceptos de Dinámica Familiar tienen una complejidad importante y los cambios que se han venido dando en los últimos tiempos, en los países industrializados, sobre todo en el occidente, han propiciado una modificación al interior de la estructura familiar. Por ello, algunos de los conceptos pueden no ser aplicables a la realidad actual.

2.3.1 Concepto de familia.- "La familia es el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento". (1*)

(1*) Sánchez Arcona, J. "La Familia y Sociedad".
Edic. Cuadernos. Joaquín Múrtiz, México, 1980. p. 15

Otros autores la describen como:

"Unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples". (2*)

La socióloga Gilda Waldeman nos dice:

"La familia es la unidad de la fuerza de trabajo femenina en su interior". (3*)

Toda familia, independientemente del tipo o clase que tenga, tiene una estructura la que se define como:

2.3.2 Estructura familiar y elementos que la componen.-

Estructura familiar: "Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". (4*)

Dicha estructura no es algo que se vea, en el sentido de la palabra, sino que es un aspecto teórico compuesto por pautas de comportamiento de los integrantes de un grupo familiar.

Elementos que componen la estructura familia: (5*)

- 1) Jerarquía. (Persona (s) que ejerce (n) la autoridad.
- 2) Roles. (Pautas de comportamiento de cada integrante de la familia, -esposa, padre, hijo, hija-, etc.).

(2*) Apuntes. "La exploración de la Familia; Aspectos médicos, psicológicos y sociales". Juan Manuel Saucedo G. y Manuel Focerrada. P.3.
 (3*) Waldeman Gilda. "La Crisis de la Familia". Ed. Progreso. 1979-1980 UNAM.
 (4*) Apuntes mimeográficos de Terapia Familiar. del IFAC.1983.
 (5*) Chagoya, L. "La Familia, medio propiciador e inhibidor". Hosp. Inf. de Méx. Oct. 1975.

- 3) Límites. (Establecimiento de reglas, normas, valores con mensajes verbales y no verbales).
- 4) Comunicación. (Capacidad de utilizar una comunicación verbal (clara y directa) en los momentos de crisis y de calma. Proceso de intercambio de estados subjetivos como ideas, sentimientos, creencias).
- 5) Expresión de sentimientos. (Capacidad de expresar, de manera libre, en situaciones críticas y/o de calma los sentimientos de ternura, cólera, depresión, incertidumbre, individualidad y dependencia entre -- otros).
- 6) Subsistema. (Alianza entre dos o más personas, la cual puede ser:
 - parental: madre-hijo (s); padre-hijo (s)
 - fraternal: hermano-hermano (s); hermana-hermana (s)

2.3.3 Características de la estructura familiar: (6*)

- a) Es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación de acuerdo al sistema económico en el que se encuentre inserta.
- b) Muestra un desarrollo que se desplaza a través de etapas que requieren de estructuración; entre los más conocidos Sánchez Azcona destaca: la etapa principal, la nupcial y la formación y educación de los hijos.
- c) Se adapta a circunstancias cambiantes de modo que re fuerza y fomenta el crecimiento de cada miembro.

Una vez que sabemos lo que es una familia y su estructura, podremos describir lo que se conoce por "Dinámica Familiar" de acuerdo a la opinión del Dr. Chagoya.

2.3.4 Concepto de Dinámica Familiar.- "Colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta, como unidad, funcione bien o mal. La manera de pensar, actuar y presentarse ante los otros miembros que cada familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión".

Es importante observar que los planteamientos anteriores se avocan a la descripción de factores, mas de tipo emocional que social. Sin embargo queda claro el papel que debe jugar la familia para el "buen desarrollo psicosocial del ser humano".

Lo que podríamos preguntarnos es; qué tan aplicables son dichos elementos en nuestra realidad actual?. El objeto de lo anterior es retomar los lineamientos de la psiquiatría en cuanto a estructura e interacción del grupo a fin de analizar la situación de la familia del paciente alcohólico quien demanda básicamente atención psicosocial.

2.4 LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO

2.4.1 Antecedentes.- De 20 años a la fecha, se han desencadenado estudios y trabajos relacionados con la familia del alcohólico. Entre otros, se mencionan los siguientes:

Un trabajo con las esposas de alcohólicos, estudia la personalidad y estructura de éstas, hipotetizando que la esposa es un ser propiciador del cónyuge alcohólico; entre otros, existen los estudios de - - - Jacson (1954; 1958 y 1962) el que caracteriza la personalidad patológica de esposas de alcohólicos y no alcohólicos.

Bayle (1961) investigó si el tipo de personalidad de la esposa es determinante para la selección de un marido alcohólico.

Bullock y Mudd, Ballard y Mitchel, dedican sus estudios a la importancia de la interrelación del alcohólico y el conflicto familiar, utilizando parejas en conflicto, alcohólicos y no alcohólicos. Lemert, - - - (1962) encontró por otro lado que aquellos hombres que tenían problemas de alcoholismo antes del matrimonio, mostraron una incidencia mucho mayor de atributos de dependencia, que aquellos cuyos problemas se desarrollaron más tarde.

Clifford, (1960) en un estudio clínico que realizó a esposas y a alcohólicos en actividad y en abstinencia, comprobó que tenían una historia de alcoholismo en sus familias; las esposas, un conocimiento premarital de alcoholismo en sus maridos y una trayectoria alcohólica importante en los sujetos.

En cuanto a la interacción en el matrimonio, Bullock y Mudd reportaron un alto grado de conflicto; la esposa externó el alcoholismo de su esposo como la -- principal dificultad en sus relaciones; los esposos presentaron también una serie de quejas con respecto a la actitud y conducta de sus esposas. El conflicto era de larga duración y se reportó haber existido en la relación premarital en mas de la mitad de los -- casos.

Los problemas de la personalidad y los antecedentes familiares de dificultad de ambos cónyuges parecieron ser factores importantes.

Ewing y Fox (1968) señalaron que la homeostasis de la familia es el perpetuador de los problemas de la bebida y que dicha homeostasis debe cambiarse si el bebedor va a ser controlado. Indicaron también que las esposas tienden a tener similares dinámicas a las de sus esposos. La esposa hace frente a sus propios deseos de dependencia, inaceptables, adoptando la autoridad de la familia cuando los patrones del excesivo beber del esposo, le causan el dejar de desempeñar las responsabilidades.

Así que, en los matrimonios de alcohólicos, se establece un mecanismo de homeostasis el cual se resiste al cambio sobre largos periodos de tiempo. La conducta

de cada cónyuge es rígidamente controlada por el -- otro. Como resultado de esto, el esfuerzo de una - persona para alterar su rol de conducta típico, ame naza el equilibrio de la familia y provoca renovados esfuerzos por el cónyuge para mantener su "estatus quo".

Steinglass (1971) refiere, de acuerdo a sus investiga ciones clínicas, que el rol que juega el alcohol en la familia es importante ya que determina y mantiene el sistema familiar, por lo que antes de modificar o tener una intervención terapéutica habrá que tener - cautela, ya que desde el punto de vista de los siste mas, esto es la protección del funcionamiento del mismo.

En cuanto a los niños de los alcohólicos, Fox (1962) enfatizó las relaciones progenitor-hijo y presentó una consideración detallada de cómo el desarrollo de la personalidad del niño, se complica en esta situa ción de familia en conflicto.

Bailey (1965) encontró que los niños de los alcohóli cos exhibían más síntomas de conducta negativa que los niños en los grupos de control de familias no -- alcohólicas.

Day, en un breve artículo de revisión titulado "El alcoholismo y la familia" (1961), enumeró las carac

terísticas de las relaciones progenitor-hijo en la familia de orientación que se han sugerido como cruciales en la etiología del alcoholismo del varón. Bacom (1945) y Jackson (1958, 1962) han puntualizado que la presencia de los niños pueden intensificar los problemas del alcoholismo. La conciencia de las fallas de responsabilidades de la paternidad y la culpa correspondientes, pueden presentar presión adicional para el beber en exceso.

Es así como se ha abordado a la familia del alcohólico, en otros países; lo interesante es que: estudios sobre la familia del alcohólico en conjunto, como sistema dinámico no existen en nuestro país. por lo que se considera un tema no trabajado; experiencia clínica sí la hay; escrito, nada.

2.4.2 El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. (CAAF).- El programa CAAF data de 6 años a la fecha. Este surge como una necesidad de atención al problema de alcoholismo en la comunidad de Tepito, Morelos, en 1977.

El principal objetivo del Centro (1) ha sido hasta entonces la atención médica, psicológica, y social al paciente con problemas de alcoholismo y a sus familiares; dicha atención se ha llevado a cabo con la intervención de un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, tres Trabajadores Sociales y un enfermero.

(1) Pérez, L.J. "El alcoholismo en Tepito" Tesis ENTS. UNAM. 1981. México.

Dicho programa hasta la fecha, es financiado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, organismo descentralizado, dentro del cual existe un departamento denominado "Investigaciones Clínicas" que funge como coordinador general del programa CAAF.

Durante los 6 años y fracción de desarrollo del programa, han surgido algunas variables principalmente en cuanto a la forma de atención (2); una de ellas fue la implementación de investigaciones sistemáticas (1979, 80, 81) lo que dio lugar a modificar la intervención interdisciplinaria hacia el paciente y sus familias y ya no de la zona programada inicialmente sino de los distintos puntos del Distrito Federal.

Los resultados de las investigaciones aportaron la necesidad de abocarse interdisciplinariamente a la atención de la familia del alcohólico.

Actualmente el CAAF continúa encaminando sus funciones a la atención del paciente y familiares, como parte de un todo, enfatizando así en lograr la satisfacción de las necesidades sentidas de la población demandante.

Información mas precisa respecto al funcionamiento del CAAF se sugiere consultar las referencias 2 y 3.

2.4.3 Aspectos generales de la familia del paciente alcohólico del CAAF.- Es conveniente mencionar algunas apreciaciones detectadas durante la experiencia en el CAAF sobre:

(2) TURULL, T.F. "Aspectos Socioculturales de la demanda en un servicio de Alcoholismo en la Cd. de México". Artículo, México, 1981.

1. Antecedentes de la familia de origen del paciente del CAAF y la problemática sobresaliente.

Durante el desarrollo y evolución de la familia de origen del paciente, ésta atrevesó por situaciones difíciles y significativas para el equilibrio de la misma, como por ejemplo: muerte, separación y/o abandono de alguno o ambos padres; en gran parte de ellos, problemas de alcoholismo en el progenitor y/o algún otro familiar cercano.

Al parecer la familia tuvo que modificar roles y funciones establecidos en su dinámica, como por ejemplo:

- La madre al buscar trabajo, tuvo que descuidar su rol, o bien fungir como padre y madre a la vez.
- Los hijos mayores tuvieron que ser el sostén económico y apoyo moral de la familia.
- El resto de la familia suplió o auxilió en las necesidades domésticas y económicas, etc. Aunado a lo anterior también se detectó que la mayoría de los pacientes iniciaron su trayectoria -alcohólica en su adolescencia; al parecer el cambio en la dinámica familiar generaba tal tensión, conflicto y/o angustia, que el alcohol lograba disminuirlas.

Otro factor significativo es el inicio de la vida marital a temprana edad y el parelo desencadenamiento del alcoholismo de estos pacientes.

Lo interesante en ello es observar que el o los objetivos deseados al formar un hogar fueron básicamente suplir aquellas carencias afectivas negadas antes -- del matrimonio.

2. Problemática sobresaliente y Dinámica Familiar actual del paciente del CAAF.

La orientación a la familia o familiares de personas con problemas de alcoholismo, implica un proceso continuo con métodos y técnicas específicas.

Comunmente dichos familiares rechazan el proceso, al parecer, el asistir frecuentemente al servicio, implica no cubrir necesidades económicas para el mantenimiento del hogar.

Por lo anterior se ha encontrado que la familia opte por alguno o varios de los siguientes aspectos:

- a) Echan o abandonan al familiar alcohólico periódica o definitivamente.
- b) Sobreprotegen y refuerzan el alcoholismo del paciente al precio que sea.
- c) Lo mantienen en el hogar a cambio de constantes reproches, riñas, rechazo, indiferencia y chantajes, entre otros, como medio de castigo.

Familiares de los casos "b" y "c" señalados antes, es frecuente observar su asistencia al CAAF debido a la presencia de alteraciones psíquicas, psicológicas y/o físicas en alguno o varios de ellos; algunos de los motivos de las crisis que se manifestaron fueron las siguientes:

La esposa descuida su rol de madre para incorporarse al sistema productivo y bien, tiene la obligación de fungir como padre y madre a la vez, debido a que su pareja deja de aportar económicamente para el mantenimiento del hogar; la autoridad es compartida entre los hijos mayores y la esposa, cuando no se encuentra el paciente en el hogar -- por días o semanas, o bien, sigue viviendo en el hogar pero su conducta en éste da lugar a que la familia sea quien tenga necesidad de decidir lo que crea conveniente para el funcionamiento de la misma.

La comunicación entre los miembros de la familia es ambivalente, aunque más de rechazo y cólera, conforme avanza el tiempo.

Una semejanza que vale mencionar en relación a la familia de origen y la actual, es que ambas han presentado crisis similares respecto a la dinámica familiar, pues los roles y funciones han sido parcial y/o definitivamente modificados. La di-

ferencia radica en que la familia de origen no tuvo la oportunidad de solicitar ayuda profesional como lo ha hecho la familia actual.

Desafortunadamente el manejo que se ha venido dando a este tipo de problemas, ha sido de manera -- aislada, no se ha trabajado con la familia en conjunto, sino en forma conyugal o por subsistemas y no en forma preventiva, sino de control o de -- tratamiento exclusivamente.

Durante los casi siete años de existencia del -- CAAF nunca se ha escrito al respecto, situación que motivó a realizar el presente trabajo retomando el material existente de los años 1979-1981, período de experiencia personal y de mayor auge del Centro, tanto por su organización administrativa y técnica, como por la coordinación interdisciplinaria del equipo de Salud Mental y la demanda al servicio.

CAPITULO 3

INVESTIGACION RETROSPECTIVA SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y DINAMICA FAMILIAR DEL PACIENTE DEL CAAF.

4.1.1 JUSTIFICACION

Uno de los principales objetivos del CAAF, desde su inicio (1977), ha sido proporcionar atención biopsicosocial al - - alcoholico y su familia. Sin embargo la generalidad de la población que ha solicitado la atención ha sido de alcoholicos, no así los familiares de éstos.

Cabe mencionar que a través de la promoción del Centro, se desencadenaron demandas de atención de personas, solicitando -- orientación sobre el "que hacer" con el familiar alcoholico. Ante esto se llevó a cabo una evaluación de la principal problemática familiar a fin de delinear el tipo de orientación a seguir en cada caso, bien en forma individual, conyugal, por subgrupos, por - familia y/o por grupo de esposas de alcoholicos.

La gama de problemas detectados durante el proceso mencionado, sobre todo en lo que a estructura familiar se refiere, despertó gran interés para la elaboración del presente estudio ya que, desde que se inicio el CAAF, nunca se ha sistematizado la información del aspecto familiar existente en los estudios psicosociales.

Por lo anterior se consideró importante retomar los antecedentes al respecto, relativa a los años 1979-1981, a fin de proponer acciones concretas a seguir sobre "La dinámica Familiar del paciente alcoholico", objeto de estudio.

3.1.2 Planteamiento del problema.- Las alteraciones en la dinámica familiar cuando existe la presencia de un miembro alcohólico.

3.1.3 Objetivo.- Conocer las características socio demográficas y dinámica familiar de aquellos pacientes que fueron atendidos en el CAAF.

3.1.4 Hipótesis.- La presencia de un miembro alcohólico en la familia altera la dinámica de este grupo, existiendo -- problemas en la comunicación, autoridad y manifestación de sentimientos.

Definición de Conceptos: Para operacionalizar los conceptos a manejar, se entenderá por: Alcohólico, es aquel problema biopsicosocial de origen multicausal con características y consecuencias significativas que incapacitan al individuo en alguna o varias de las esferas de su vida. La Asociación de Alcohólicos Anónimos definen al alcohólico a aquel que es incapaz de abstenerse y/o de controlar su ingestión etílica. (1) Dinámica familiar se considera al sistema estructural con características, elementos, y funciones específicas que permiten la interacción entre los integrantes del grupo familiar, haciendo que ésta funcione como unidad social. (2)

Comunicación, "medio a través del cual se relacionan las personas". Esta puede ser verbal o no verbal; la primera es aque

(1) Guerra, G.J. "El alcoholismo en México". Ed. F.C.E. México, 1977. P.33

(2) Chagoya, L. "Familia, medio propiciador e inhibidor". Hospital Inf. de México. Oct. 1975, P.

lla en la que se usa la palabra. La segunda es toda acción o conducta (gestos, posturas físicas, inflexión de la voz, etc.). Toda comunicación lleva un mensaje (3), el cual la Dra. Charlotte - Birrel lo divide en:

- a) Mensaje claro: el contenido no deja duda.
- b) Mensaje directo: es dirigido hacia la persona indicada.
- c) Mensaje enmascarado: su significado es escondido, disfrazado y confuso.
- d) Mensaje desplazado o indirecto: en apariencia va dirigido a algún otro a quién es realmente intentado. (4)

Poder o derecho que se delega a alguno o varios de los integrantes del conjunto familiar para tomar las decisiones más importantes de la dinámica familiar se denominará autoridad. (5)

Finalmente, todos aquellos afectos que se manifiestan entre los integrantes del núcleo familiar independientemente de su estructura y dinámica social se utilizará como "expresión de sentimientos". Estos pueden ser; ternura, cariño, cólera, resentimiento, rechazo e indiferencia entre los más frecuentes. (6)

3.1.5 Métodos y Técnicas.- La investigación se elaboró en sentido descriptivo y retrospectivo: Para la concentración de información, se utilizó la técnica de recabación de datos

(3) Satir, V. "Relaciones Humanas en el núcleo Familiar". Ed. México, 1981. P. 299.

(4) IFAC. "La Dinámica y Psicoterapia de la Familia" 1er. Simposium. Instituto de la Familia, AG. Nov. 1981. México, D.F. P.77-8.

(5) Idem. P. 96-7.

(6) Hernández, R. y otros. "Drogas y pobreza". Ed. Trillas. México, 1977.

la cual se obtuvo a través de un formato (anexo) elaborado previamente con la finalidad de sistematizar y analizar el contenido -- existente en los estudios psicosociales.

Posteriormente se investigó el total de pacientes atendidos en el Centro, haciendo un total de 993 casos. En base a ello, se hizo una revisión por expediente registrado, con el objeto de seleccionar todos aquellos estudios psicosociales completos y así se obtuvo una casuística de 150 de ellos.

A fin de hacer las modificaciones oportunas al formato -- referido, se realizó una prueba piloto. Más tarde se llevó a cabo la extracción de datos de cada cédula seleccionada.

3.1.6 Universo de Estudio.- 150 estudios psicosociales (casuística obtenida), fueron los más completos en lo que a los rubros se refiere.

3.1.7 Recursos Humanos y Materiales.- Los estudios señalados fueron elaborados y aplicados por el equipo de Trabajo Social del CAAF durante el período indicado. La realización del presente trabajo se realizó bajo la responsabilidad y financiamiento de la que suscribe.

3.1.8 Utilidad y Aplicación.- Con el presente trabajo se pretende que los profesionales en Trabajo Social implementen un plan de trabajo a seguir, concreto e inmediato, dirigido a los familiares que demanden atención psicosocial.

3.1.9 Presentación y Análisis de Resultados.-

3.1.9.1 Características sociodemográficas del paciente alcohólico.

3.1.9.2 Antecedentes de la familia de origen del paciente alcohólico.

3.1.9.3 Aspectos sociodemográficos de la familia actual del paciente alcohólico.

3.1.9.4 Dinámica familiar actual del paciente del CAAF.

3.1.9 PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

3.1.9.1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE

ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 1

QUIEN CANALIZA AL PACIENTE

| | No. | % |
|--|------------|------------|
| 1. Alcohólicos Anónimos | 47 | 32 |
| 2. Paciente del CAAF | 32 | 21 |
| 3. Algún Familiar | 19 | 13 |
| 4. Acude por sí mismo | 15 | 10 |
| 5. Amigo / conocido | 15 | 10 |
| 6. Instituciones médicas (oficiales y privadas) | 12 | 8 |
| 7. Otros | 5 | 3 |
| 8. Se ignora | 5 | 3 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Fuente: La información del presente cuadro y de los subsiguientes, fue retomada de los estudios psicosociales existentes en los expedientes de aquellos pacientes con problemas de -- alcoholismo que fueron atendidos en el CAAF, en el período 1979-1981.

El 71% de pacientes alcohólicos fueron canalizados al Servicio por la Asociación de Alcohólicos Anónimos, Instituciones médicas, amigos, otros pacientes y expacientes del CAAF. Un 10% fue derivado por algún (os) familiar (es) cercano (s) y/o lejano (s). El 3%, otras personas e instituciones.

Se puede pensar que quienes conocen el problema, de alguna manera son quienes proponen y dan alguna alternativa a seguir; la familia al parecer, no participa de ello, bien por desconocimiento del Centro y/o de otras Instituciones o porque realmente no es considerado como problema principal.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 2

MOTIVO DE CONSULTA

| | No. | % |
|---|-----|-----|
| 1. Atención médica, psicológica y/o psiquiátrica para dejar de beber. | 60 | 40 |
| 2. Atención médica, psicológica y/o psiquiátrica por presentar alteración en alguna o en las 3 esferas. | 57 | 38 |
| 3. Orientación para dejar de beber -- sinsaber cómo. | 27 | 18 |
| 4. Sólo controlar su ingestión etflicca. | 2 | 1 |
| 5. Orientación en problemas familiares y laborales. | 1 | 1 |
| 6. Se ignora | 3 | 2 |
| TOTAL | 150 | 100 |

El motivo que obliga a la persona con problemas en su manera de beber, a solicitar ayuda, es por trastornos de salud, entre los más significativos; sólo el 1% manifestó problemas familiares.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 3

PACIENTES EN ACTIVIDAD ALCOHOLICA Y EN ABSTINENCIA
DE CONSUMO DE ALCOHOL QUE RECIBIERON ATENCION EN EL CAAF

| | No. | % |
|---|-----|-----|
| 1. Activo y/o solo con días de abstinencia* | 105 | 70 |
| 2. Pasivo o en abstinencia** | 44 | 29 |
| 3. Se ignora | 1 | 1 |
| TOTAL | 150 | 100 |

El 70% de personas que solicitaron atención del CAAF acudieron en estado de ebriedad y algunos con uno o varios días de -- abstinencia. Solo el 29% en abstinencia.

Del 1% se ignora.

- * Activo: que continúa en actividad alcohólica de manera constante y permanente.
- ** Pasivo o en abstinencia: Aquel que deja de beber por algún período y método específico.

La asociación de Alcohólicos Anónimos ubica como activo, a aquel que no ha creado conciencia de enfermedad por lo que, aun que su actividad alcohólica sea periódica, sigue siendo activo. En el pasivo es lo opuesto.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
DEL PACIENTE ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

TABLA 4

EDAD DEL PACIENTE ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

| | No. | % |
|---------------------|-----|-----|
| 1. Menor de 19 años | 1 | 1 |
| 2. 20 - 29 | 34 | 23 |
| 3. 30 - 39 | 53 | 35 |
| 4. 40 - 49 | 46 | 30 |
| 5. 50 - 59 | 13 | 9 |
| 6. 60 ó más | 3 | 2 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Es significativo que las personas con problemas en su ma-
nera de beber que solicitaron atención de diversa índole en el --
CAAF, son considerados sujetos en etapa productiva, pues el 89%
de ellos contaban con una edad de 20 a 49 años.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
DEL PACIENTE ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

TABLA '5

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|--|------------|------------|
| 1. Analfabeta | 7 | 5 |
| 2. Sabe leer y escribir | 2 | 1 |
| 3. Primaria incompleta | 36 | 24 |
| 4. Primaria completa | 44 | 29 |
| 5. Secundaria incompleta | 20 | 13 |
| 6. Secundaria completa | 15 | 10 |
| 7. Bachillerato o equivalente incomp. | 7 | 5 |
| 8. Bachillerato o equivalente comp. | 3 | 2 |
| 9. Estudios técnicos completos e incompletos | 7 | 5 |
| 10. Estudios profesionales completos e incompletos | 8 | 5 |
| 11. Se ignora | 1 | 1 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Respecto al grado de escolaridad de los pacientes atendidos se concluye que el 53% realizaron primaria completa e incompleta; Un 23% Secundaria completa e incompleta; Bachillerato o equivalente completo e incompleto 7%; Estudios técnicos completos e incompletos 5%; Estudios profesionales 5%; Analfabetismo el 5%; sólo leer y escribir de manera autodidacta el 1%.

Al parecer la problemática familiar por la que atravesaron la mayoría de los pacientes durante su infancia y adolescencia, así como la situación socioeconómica de ese entonces, 1940-1960 aproximadamente, jugó un papel importante para la continuidad de los estudios medios, técnicos y/o superiores.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
DEL PACIENTE ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

TABLA 6

OCUPACION DEL PACIENTE 1979-81

| | No. | % |
|--|-----|-----|
| 1. Trabaja por su cuenta en oficios varios menor y mayor, eventual y permanente. | 51 | 35 |
| 2. Comercio (ambulante y/o por contrato particular eventual y permanente). | 29 | 19 |
| 3. Desempleados | 24 | 16 |
| 4. Empleado Federal | 21 | 14 |
| 5. Subempleado | 12 | 8 |
| 6. Obrero Calificado | 8 | 5 |
| 7. Estudiante | 2 | 1 |
| 8. Otros | 2 | 1 |
| 9. Se ignora | 1 | 1 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Del 100% de los pacientes atendidos, sólo el 19% no contaban con empleo u oficio específico, el resto de alguna u otra manera realizaban algún -- trabajo eventual o permanente, en su mayoría en forma particular.

Es interesante observar que gran parte de los pacientes aún con la diversa problemática que manifestaron en el CAAF tanto física, psicológica y social, no fue motivo de abandono laboral como se pensó inicialmente, se puede decir que el tipo de trabajo que se realiza es flexible a realizar los días y horas que se puede.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
DEL PACIENTE ALCOHOLICO ATENDIDO EN EL CAAF

TABLA 7

INGRESO ECONOMICO DEL PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|----------------------------|------------|------------|
| 1. Menos del mínimo | 22 | 15 |
| 2. Mínimo | 18 | 12 |
| 3. Más del mínimo | 45 | 30 |
| 4. Variable (± del mínimo) | 37 | 25 |
| 5. Ninguno | 24 | 16 |
| 6. No aplicable | 2 | 1 |
| 7. Se ignora | 2 | 1 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Del 100% solo percibían ingreso económico el 82%; habrá que distinguir que el 30% recibía más del mínimo; el 25% variable (más y menos del mínimo); el 15% percibió menos del mínimo; y solo el 12% el mínimo.

Cabe señalar que el salario mínimo del periodo 1979-81, osciló entre 138 a 210 pesos al día de acuerdo al diario oficial.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 8

TRAYECTORIA ALCOHOLICA DEL PACIENTE ENTREVISTADO

| | EDAD DE INICIO EN UNA INGESTION ALCOHOLICA | | EDAD DE INGESTION COMPULSIVA | |
|--------------------------------|---|-----|---------------------------------|-----|
| | F | % | F | % |
| 1. Menos de y hasta 14 años | 3 | 2 | 66 | 44 |
| 2. 15 a 19 | 26 | 17 | 67 | 45 |
| 3. 20 a 24 | 27 | 18 | 6 | 4 |
| 4. 25 a 26 | 26 | 18 | 2 | 1 |
| 5. 30 a más | 29 | 19 | 6 | 4 |
| 6. Se ignora | 39 | 26 | 3 | 2 |
| TOTAL | 150 | 100 | 150 | 100 |

El 44% de los pacientes atendidos en el CAAF iniciaron su trayectoria alcohólica a muy temprana edad. En un 53% se incrementó la ingestión etílica de una manera compulsiva durante el -- inicio de su etapa productiva, como se observa en los puntos - - 2, 3 y 4.

3.1.9.2

ANTECEDENTES DE LA FAMILIA DE ORIGEN DEL

PACIENTE ALCOHOLICO DEL CAAF

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 9

No. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE

| | No. | % | % Acumulado |
|----------------|-----|-----|-------------|
| 1. De 2 a 5 | 32 | 21 | 37 |
| 2. De 6 a 9 | 57 | 38 | 75 |
| 3. De 10 a 13 | 27 | 18 | 93 |
| 4. De 14 a 17 | 7 | 5 | 98 |
| 5. De 18 a más | 3 | 2 | 100 |
| 6. Se ignora | 24 | 16 | 16 |
| TOTAL | 150 | 100 | |

El 38% proviene de una familia de 6 a 9 integrantes, el 21% con menor número de integrantes (de 2 a 5).

El 63% fueron producto de familia numerosa ya que más de 6 integrantes constituían el núcleo familiar.

INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 10

LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE EN LA FAMILIA DE ORIGEN

| | No. | % |
|--------------------|-----|-----|
| 1. 1o. y 2o. lugar | 55 | 37 |
| 2. 3o. y 4o. lugar | 37 | 25 |
| 3. 5o. y 6o. lugar | 15 | 10 |
| 4. 7o. y 8o. lugar | 8 | 5 |
| 5. 9o. ó más | 5 | 3 |
| 6. Se ignora | 30 | 20 |
| TOTAL | 150 | 100 |

El 37% ocuparon los 2 primeros lugares en orden descendiente en su familia de origen. El 25% el 3er y 4o. lugar. El 18% del 5o. en adelante. Del 20% se ignora la información.

Los pacientes atendidos en el CAAF en su mayoría fueron los hijos mayores.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 11

PROBLEMATICA SOBRESALIENTE DE LA FAMILIA DE ORIGEN

| | No. | % |
|---|------------|------------|
| 1. Separación, abandono o muerte de uno o ambos padres | 43 | 29 |
| 2. Padre(s), hermano(s) u otro familiar alcohólicos y agresividad constante | 26 | 17 |
| 3. Padre(s), hermano(s) alcohólicos, y separación, abandono o muerte de uno o ambos padres, u otro familiar | 24 | 16 |
| 4. Problemas económicos | 12 | 8 |
| 5. Muerte de padre(s) o hermano(s) por alcoholismo | 9 | 6 |
| 6. Maltrato al paciente | 6 | 4 |
| 7. Sin problemas | 6 | 4 |
| 8. Padre alcohólico y problemas económicos. | 4 | 3 |
| 9. Se ignora | 20 | 13 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Es notoria la problemática social tan similar por la que la que los pacientes del CAAF, vivieron durante su infancia, adolescencia y pre-adulthood. Algo significativo es que las figuras representativas (los padres) murieron, se abandonaron y/o se separaron, algunas otras presentaron problemas de alcoholismo tanto - los progenitores, como familiares cercanos. Es significativo que más del 80% de las familias de origen de dichos pacientes, durante su evolución y desarrollo atravesaron por serias crisis de tipo-familiar.

3.1.9.3

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA FAMILIA ACTUAL

DEL PACIENTE DEL CAAF

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 12

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA ACTUAL DEL PACIENTE

| | No. | % |
|----------------|-----|-----|
| 1. De 2 a 4 | 57 | 38 |
| 2. De 5 a 7 | 58 | 39 |
| 3. De 8 a 10 | 27 | 18 |
| 4. De 11 a más | 6 | 4 |
| 5. Se ignora | 2 | 1 |
| TOTAL | 150 | 100 |

El 61% de los pacientes conviven con más de 5 miembros, por lo que se podría tener una idea de cuántos familiares forman parte del ambiente con una persona con problemas en su ingestión etílica. No habrá que olvidar que el 50% de los familiares son infantes y adolescentes (Tabla 14).

Existe una similitud con la familia de origen pues también formaron parte de una familia numerosa.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 13

PARENTESCO CONSANGUINEO Y CIVIL EN RELACION CON EL PACIENTE
ALCOHOLICO

| | No. | % |
|------------------------------------|-----|-----|
| 1. Hijo (s) | 296 | 43 |
| 2. Tíos, primos, sobrinos, cuñados | 125 | 18 |
| 3. Hermanos | 110 | 16 |
| 4. Pareja | 88 | 13 |
| 5. Padre y/o madre | 53 | 8 |
| 6. Abuelo (s) | 5 | 1 |
| 7. Se ignora | 10 | 1 |
| TOTAL | 687 | 100 |

El parentesco predominante en la familia conviviente, abarcó el 43% de hijos; le siguen tíos, primos, sobrinos, cuñados con el 18%; el 16% son hermanos; pareja el 13%; padres en un 8%, abuelos en un 1%.

Aproximadamente el 50% de pacientes han formado ya su propia familia.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODENOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 14

EDAD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA ACTUAL CONVIVIENTE DEL
PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|--------------|-----|-----|
| 1. 0 - 9 | 159 | 23 |
| 2. 10 - 19 | 182 | 27 |
| 3. 20 - 29 | 127 | 19 |
| 4. 30 - 39 | 57 | 8 |
| 5. 40 - 49 | 43 | 6 |
| 6. 50 - 59 | 31 | 5 |
| 7. 60 - 69 | 17 | 2 |
| 8. 70 ó más | 21 | 3 |
| 9. Se ignora | 50 | 7 |
| TOTAL | 687 | 100 |

La edad de los integrantes de la familia actual se contempla en la siguiente forma: el 27% corresponde a los infantes y adolescentes de los 10 a 19 años. Con el 23% a los menores de 1 a 9 años, el 19% de preadultos y --adultos de 20 a 29 años. El 6% de 40 a 49 años. El 10% de 50 ó más de edad. El 7% se ignora.

Un 49% de la población conviviente del paciente alcohólico corresponde a infantes y adolescentes, aunque éste último en mayor porcentaje y muy significativo, ya que éste es uno de los períodos de desarrollo que requieren de una permanente y adecuada orientación de las figuras representativas como los padres, abuelos y tíos.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 15

ESCOLARIDAD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

ACTUAL

| | No. | % |
|--|-----|-----|
| 1. Analfabeta | 25 | 4 |
| 2. Sabe leer y escribir | 15 | 2 |
| 3. Jardín de niños o guarderías | 14 | 2 |
| 4. Primaria incompleta | 167 | 24 |
| 5. Primaria completa | 123 | 18 |
| 6. Secundaria incompleta | 58 | 8 |
| 7. Secundaria completa | 49 | 7 |
| 8. Bachillerato o equivalente incomp. | 11 | 2 |
| 9. Bachillerato o equivalente comp. | 21 | 3 |
| 10. Estudios técnicos completos e incompletos | 46 | 6 |
| 11. Estudios profesionales completos e incompletos | 24 | 4 |
| 12. No aplicable | 74 | 11 |
| 13. Se ignora | 60 | 9 |
| TOTAL | 687 | 100 |

En cuanto al grado de escolaridad el 24% contaba con primaria incompleta. El 18% de primaria completa. El 15% con secundaria completa e incompleta; el 5% abarcó aquellas personas con bachillerato completo e incompleto; El 6% con estudios técnicos completos e incompletos y solo el 4% contaba con estudios profesionales completos e incompletos.

Independientemente de la población estudiantil, se puede observar que el índice de población adulta no cuenta con un grado más elevado de preparación escolar.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 16

OCUPACION DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|--|------------|------------|
| 1. Estudiante | 246 | 36 |
| 2. Hogar | 137 | 20 |
| 3. Empleado | 71 | 10 |
| 4. Trabaja por su cuenta / oficios varios | 67 | 10 |
| 5. Comercio ambulante y/o por con- trato particular | 27 | 4 |
| 6. Obrero | 16 | 2 |
| 7. Desempleado | 11 | 2 |
| 8. No aplicable | 72 | 10 |
| 9. Se ignora | 40 | 6 |
| TOTAL | 687 | 100 |

Los estudiantes, amas de casa, ancianos, menores de 6 años y desempleados (68%) corresponden a una población dependiente del 26%, quienes cuentan con empleo gubernamental, comercio ambulante o de contrato particular, oficio menor o mayor que lo realizan por su cuenta.

Se puede corroborar que gran parte de los familiares: cuentan con una actividad específica necesaria para el mantenimiento de la misma, por lo que se puede entender del porqué existe poca asistencia de ellos al servicio, aún cuando se les citó previamente.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 17

INGRESO ECONOMICO QUE APORTA LA FAMILIA ACTUAL AL HOGAR

(No incluye lo que el paciente gana)

| | No. | % |
|---------------------|-----|-----|
| 1. Mínimo | 85 | 12 |
| 2. Menos del mínimo | 57 | 8 |
| 3. Más del mínimo | 40 | 6 |
| 4. Variable | 4 | 1 |
| 5. No aplicable | 461 | 67 |
| 6. Se ignora | 40 | 6 |
| TOTAL | 687 | 100 |

Del 100% de familiares registrados, el 27% aporta de alguna manera para el sostenimiento familiar. Si se retoma el promedio de los integrantes de la familia actual, que es de 5 a más miembros, nos preguntamos cómo han sobrevivido principalmente aquellas familias que recibieron el salario mínimo y menos de éste (20%), si durante el período 1979-1981, dicho ingreso giró alrededor de 138 a 210 pesos al día, correspondiendo a cada familiar de 30 a 35 pesos diarios aproximadamente.

La presente tabla y la anterior nos habla de familias -- que corresponden a un estrato social de escasos recursos económicos.

3.1.9.4

DINAMICA FAMILIAR ACTUAL DEL PACIENTE DEL CAAF

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 18

COMUNICACION MAS FRECUENTE EN LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|--|-----|-----|
| 1. Enmascarada y desplazada o indirecta. | 68 | 45 |
| 2. Clara y directa | 46 | 31 |
| 3. Variable y/o ambivalente o combinada | 14 | 9 |
| 4. Se ignora | 22 | 15 |
| TOTAL | 150 | 100 |

La comunicación más frecuente entre el núcleo familiar se manifestó como enmascarada, desplazada e indirecta en un 45%. El 31% se refirió como clara y directa; en el 9% variable y ambivalente.

Cabe señalar que durante la experiencia en el Centro, se observó la comunicación de manera ambivalente y variable, en contrapunto con los puntos 1 y 2 arriba mencionados.

INVESTIGACIONES SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODENOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 19

FAMILIAR (ES) QUE EJERCEN LA AUTORIDAD EN EL GRUPO CONVIVIENTE

| | No. | % |
|---------------------------------|------------|------------|
| 1. Paciente y pareja | 37 | 25 |
| 2. Paciente | 32 | 21 |
| 3. Padre y/o madre | 23 | 15 |
| 4. Otro (s) familiares | 22 | 15 |
| 5. Esposa o pareja | 11 | 7 |
| 6. Hermano (s) menor-mayor (es) | 5 | 3 |
| 7. Pareja y otro | 2 | 2 |
| 8. No respondió | 18 | 12 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Sólo en 21% el paciente ejerce la autoridad en el núcleo familiar. en un 42% es relegada al resto de familiares. Sólo en un 25% es compartida con la pareja.

Al parecer el que el paciente beba alcohol y tenga problemas por ello, limita la posibilidad de ejercer la autoridad como le corresponde en algunos casos y/o bien, el compartirla con los integrantes de su familia.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODENOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 20

SENTIMIENTOS MAS FRECUENTES ENTRE EL GRUPO CONVIVIENTE DEL ENTREVISTADO

| | No. | % |
|--|-----|-----|
| 1. Cólera, desaprobación, inconformidad y/o depresión. | 53 | 35 |
| 2. Ternura, cariño y/o apoyo | 32 | 22 |
| 3. Ambivalencia y/o confusión | 23 | 15 |
| 4. Indiferencia, resentimiento y/o rechazo | 11 | 7 |
| 5. Aparentemente cordial o de conformidad | 10 | 7 |
| 6. Temor, desconfianza, rechazo y otros | 3 | 2 |
| 7. Se ignora | 18 | 2 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Los sentimientos más frecuentes entre el grupo conviviente del entrevistado en un 59% gira alrededor de cólera, desaprobación, inconformidad, depresión, ambivalencia, confusión, indiferencia, resentimiento, rechazo, temor y desconfianza, mientras que en un 22% existen sentimientos de afecto, ternura, cariño y apoyo.

INVESTIGACIONES SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 21

SENTIMIENTOS MAS FRECUENTES ENTRE EL PACIENTE Y SU PAREJA

| | No. | % |
|--|-----|-----|
| 1. Cólera, desaprobación, inconformidad y/o depresión. | 43 | 29 |
| 2. Indiferencia, resentimiento y/o rechazo | 14 | 9 |
| 3. Ternura, cariño y/o apoyo | 13 | 9 |
| 4. Ambivalencia y/o confusión | 8 | 5 |
| 5. Aparentemente cordial | 3 | 2 |
| 6. Temor, desconfianza, rechazo y otros | 2 | 2 |
| 7. No aplicable | 58 | 38 |
| 8. Se ignora | 9 | 6 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Entre la pareja igual que en el cuadro anterior, en un 45% de los pacientes casados o en unión libre, los sentimientos más frecuentes entre éstos son de cólera, desaprobación, inconformidad, depresión, indiferencia, resentimiento, rechazo, ambivalencia, confusión, temor y/o desconfianza.

INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS
Y DINAMICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

TABLA 22

PROBLEMATICA SOBRESALIENTE DEL GRUPO FAMILIAR ACTUAL DEL PACIENTE ALCOHOLICO

| | No. | % |
|--|------------|------------|
| 1. Problemas de salud mental, emocional y de aprendizaje | 22 | 15 |
| 2. Alcoholismo y/o farmacodependencia | 19 | 13 |
| 3. Problemas físicos y/o de Salud Mental en familiares | 17 | 11 |
| 4. Problemas económicos | 13 | 9 |
| 5. Problemas de relación interpersonal con la familia en general | 13 | 9 |
| 6. Problemas en la comunicación | 10 | 7 |
| 7. Separación o abandono de la pareja y/o de lo (s) hijo (s) | 9 | 6 |
| 8. Muerte de algún familiar de 1er. grado. | 7 | 5 |
| 9. Falta de afecto y/o agresión familiar | 5 | 3 |
| 10. Problemas conyugales, sexuales, infidelidad del cónyuge, prostitución de la mujer. | 4 | 2 |
| 11. Aparentemente ninguno | 5 | 3 |
| 12. Otros | 2 | 1 |
| 13. Se ignora | 24 | 16 |
| TOTAL | 150 | 100 |

Llama la atención la gran problemática que presenta el grupo familiar del paciente alcohólico, en comparación con aquellos que no presentan aparentemente ninguno. Se puede destacar que los que predominan son los de salud mental en un 39%.

3.1.10 Interpretación de los datos.- Los pacientes atendidos en el Centro son sujetos del sexo masculino (100%), en edad productiva (89%), con un nivel académico no mayor a secundaria (89%). Su actividad laboral es particular y eventual por lo que el salario no excede al ingreso mínimo.

Los problemas de salud (de índole física, psíquica y psicológica) son motivo de demanda al servicio, pues son consecuencia del exceso de bebidas embriagantes en un 70%, los cuales datan de una trayectoria alcohólica del paciente de 10 a 15 años, ya que desde muy temprana edad iniciaron su ingestión.

Estos pacientes provienen de familias numerosas (de más de 6 integrantes); un 37% de ellos ocupan los dos primeros lugares en orden descendiente. Más del 80% de las familias presentaron una problemática social significativa durante sus etapas de evolución y desarrollo.

Más del 60% de los pacientes formaron su propia familia y más del 40% de ellos se caracterizan por ser una familia numerosa y extensa. El mayor porcentaje de familiares corresponde a -- infantes, adolescentes y preadultos.

En estos grupos el nivel educativo de los adultos, no es elevado. El 26% de dichos familiares cuenta con una actividad laboral de tipo eventual y con un ingreso no mayor al salario mínimo, lo que limita la posibilidad de una aportación económica suficiente para el sostenimiento de la familia.

La dinámica familiar de estos grupos presentaron, en un 45%, una comunicación enmascarada y desplazada. Esto puede observarse, durante la experiencia en el CAAF, de manera ambivalente y variable y en forma no verbalizada.

La autoridad es ejercida en un 42% por familiares del paciente y en un 25% es compartida con su pareja; de ésto se deduce que el alcohólico es relegado, seguramente por el hecho de presentar problemas con su manera de beber.

Los sentimientos que se manifiestan más frecuentemente entre el grupo familiar, así como entre la pareja, en un 59% y 45% respectivamente, son: cólera, desaprobación, inconformidad, depresión, ambivalencia, indiferencia, resentimiento, rechazo y temor, entre otros, mismos que se agudizan, dependiendo de los períodos de actividad o abstinencia alcohólica del familiar. Aunado a lo anterior, se observó una gama de diversos problemas -- biopsicosociales de los cuales destacan los de salud mental, en un 39%.

3.1.11 Informe final.- Introducción: Como se ha mencionado, algunas de las razones que motivaron para la elaboración del presente trabajo fueron las siguientes:

1) Carencia de investigaciones y estudios de la familia del alcohólico en México.

2) Carencia de Instituciones que se aboquen a la atención de la familia del alcohólico, quien con frecuencia solicita atención médica, psicológica así como orientación inmediata respecto al "que hacer" con el familiar alcohólico.

3) Desconocimiento de los profesionales de las Ciencias Sociales respecto a la diversa problemática que presenta el grupo familiar del alcohólico y la necesidad de atención mas preventiva que curativa.

Proceso: La extracción de los datos y la sistematización de información fueron los aspectos que asumieron mayor tiempo para su realización, debido a que el llenado del estudio psicosocial se aplicó en forma abierta por lo que hubo necesidad de recategorizar gran parte de los rubros del área familiar.

Conclusión de Hipótesis: El planteamiento de la hipótesis puede deducirse que fue comprobada, ya que, la presencia de un miembro alcohólico en el grupo familiar altera la dinámica de ésta, pues la comunicación más frecuente es enmascarada e indirecta en un 45%. La autoridad es ejercida en un 42% por alguno o varios de los integrantes y en forma variable según las circunstancias. La manifestación de sentimientos gira en torno a la desaprobarción, in conformidad y depresión así como resentimiento y rechazo entre los más frecuentes.

Aunando a los indicadores señalados se detectó que las familias de los pacientes presentan problemas importantes, entre los más significativos, los psicológicos y emocionales en un 39%.

Hipótesis a futuro: La estructuración familiar propicia y refuerza el alcoholismo de los pacientes del CAAF, y

Los factores socioeconómicos de la familia son aspectos que generan alteraciones en la dinámica de éste grupo más que el propio alcohólico.

CAPITULO 4

TRABAJO SOCIAL CON LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO EN UN CENTRO DE ATENCION DENOMINADO (CAAF)

4.1 INTRODUCCION

Anteriormente al paciente psiquiátrico se le consideraba como un ser aislado y no como un ser ligado íntimamente a su familia y ambiente.

En algunas culturas cuando un individuo no se comportaba con las normas, reglas o costumbres de la época, era considerado como producto del "demonio o un ser embrujado".

Adolfo Meyer en 1977 fu el primero en comprender que el medio ambiente y el pasado del paciente, eran elementos significativos para el psiquiatra al emitir un diagnóstico.

En 1968, Von Bertalanffy elabora la teoría general de sistemas, la cual permite ubicar que las partes no pueden entenderse sin considerar el todo, lo cual ayuda a comprender el proceso auto-regulador y la interacción causa y efecto.

En los últimos 20-30 años, la psiquiatría ha reconocido que las relaciones familiares son fuentes comunes de alteraciones emocionales serias, añadidas a factores constitucionales y a conflictos intrapsíquicos arraigados desde muy temprana edad.

En los cincuentas Ackerman decide iniciar la entrevista familiar con niños y adolescentes en E.U., lo que va a ser una evolución dentro de la psiquiatría infantil.

Las constantes reincidencias de los pacientes psiquiátricos egresados de los hospitales, eran frecuentes a causa del marcado rechazo familiar. Por otro lado la alteración y trastornos en alguno o varios de los integrantes, daba lugar a la atención urgente del especialista.

A través de la experiencia clínica de psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, etc., se ha venido insistiendo en la importancia de la participación de T.S. en el diagnóstico y tratamiento social, tanto del paciente como de su familia.

Desgraciadamente el Trabajador Social recién egresado carece de elementos y práctica clínica necesaria para afrontar la diversa problemática de los trastornos de la Salud Mental; ha sido a través de la práctica continua como se ha logrado una intervención mas adecuada y por ende, un reconocimiento de la profesión en este campo.

Es importante mencionar que en México, desde 1977, ya se imparte la especialidad de Trabajo Social Psiquiátrico. Esta tiene la finalidad de proporcionar elementos y conocimientos necesarios para la intervención más profesional para con el paciente y su familia.

Desafortunadamente aún no se ha logrado un reconocimiento oficial de la especialidad como en los países donde surge, pues ya en la actualidad en estos lugares, el T.S. interviene no solo como orientador sino como terapeuta familiar; en México solo como orientador y a nivel individual.

La literatura respecto al Trabajo Social Psiquiátrico en México es muy escasa y ésta es de origen extranjero, aunque no por ello se desconoce la actuación del profesional en este campo.

Para ubicar dicha rama del T.S. se señalan a continuación los elementos básicos de intervención del T.S.P., como son sus objetivos, funciones, técnicas específicas y su concepto.

4.2 EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

4.2.1 Concepto.- Los conceptos acerca del Trabajo Social Psiquiátrico, son muy reducidos; pero se puede retomar el siguiente:

Concepto de Trabajo Social Psiquiátrico

"Es una rama de Trabajo Social que tiene como meta realizar acciones en beneficio de la Salud Mental de los individuos, grupos o comunidades, haciendo uso de sus técnicas específicas e incorporando a ellas conocimientos de las Ciencias Sociales y biológicas así como de la conducta humana". (1)

4.2.2. Objetivo.- El objetivo general del Trabajo Social es, "ayudar a los seres humanos a lograr la realización más completa de sus capacidades en sentido positivo". (2)

4.2.3 Funciones y técnicas.- Las funciones y técnicas específicas de Trabajo Social que se mencionan a continuación, se consideran elementales para realizar acciones en función del bie-

(1) Apuntes del curso de especialidad "Trabajo Social Psiquiátrico". 1977-1978. México. UNAM.

(2) Idem.

nestar del individuo, parejas, grupos o comunidades desde el punto de vista clínico.(ver cuadro siguiente).

OBJETIVOS, FUNCIONES Y TECNICAS DE TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL
INTRA Y EXTRAMUROS

| OBJETIVOS | FUNCIONES | TECNICAS ENTRE OTRAS |
|----------------------------------|---|---|
| PROMOVER LA SALUD MENTAL | Efectuar actividades promocionales de educación sanitaria intra y extramuros. | .Entrevista individual y de grupo. .Visitas institucionales y domiciliarias. .Elaboración de instrumentos |
| PREVENIR | Programar y efectuar actividades preventivas en coordinación con los grupos y organizaciones existentes. | .Elaboración de instrumentos .Control de registros y estadística. .Utilización de dinámicas de grupos para el logro de los objetivos. |
| PROPORCIONAR ASISTENCIA | Intervenir en el tratamiento integral y rehabilitación del paciente y familia, a través de la atención, control/seguimiento, orientación y canalización intra-extramuros. | .Entrevistas psiquiátrica individual, de parejas de grupo, familias. .Visita domiciliaria .Visita institucional |
| INVESTIGACION | Participar en la elaboración y ejecución de las investigaciones epidemiológicas, sociales y psicosociales. | .Elaboración de instrumentos de trabajo (cuestionario, cédulas). .Utilización y recabación de información en registros y estadísticas. |
| FORMAR GRUPOS INTRA Y EXTRAMUROS | Trabajar con grupos de pacientes, familias y/o familiares sobre el trato y manejo del paciente y otras necesidades del grupo. | .Entrevista psiquiátrica individual y/o grupal. .Diversas dinámicas de grupos encaminados a la Salud Mental |
| IMPLEMENTAR PROGRAMAS EDUCATIVOS | Elaborar programas en coordinación con el equipo de salud mental a fin de capacitar grupos de comunidad, familiares y/o pacientes psiquiátricos. | .Sesiones bibliográficas, clínicas y de coordinación |
| COORDINACION INTRA-EXTRAMUROS | Tramitar y gestionar asuntos personales, laborales, penales del paciente y familiares en casos necesarios. Contacto constante con el equipo psiquiátrico institución-paciente, familiar. | .Visitas institucionales, domiciliarias. .Entrevistas formales e informales. |

En este cuadro se puede observar que los objetivos, funciones y técnicas están encaminados a una intervención más psicodinámica que sociológica; lo válido de ello es que esto debe manejarse en función de las necesidades de la población demandante en las instituciones de Salud Mental; la importancia radicará en retomar alguno o varios factores señalados para una orientación más social en la medida de lo posible.

4.2.4 El equipo interdisciplinario.- Los trastornos Psiquiátricos, durante la última década, ha aumentado considerablemente, bastará con revisar las estadísticas sobre los ingresos a hospitales y dependencias Psiquiátricas oficiales y privadas, así como el acercamiento a comunidades denominadas "marginadas".

No se puede comparar el aumento de los trastornos psiquiátricos en relación a los equipos de Salud Mental existentes, pues día a día se hace más difícil su participación. Tomando en cuenta que tanto las enfermedades mentales como la familia forman parte de un todo, es menester que la intervención no se haga aislada sino integral, con objetivos y técnicas específicas; su importancia radicará en que: el diagnóstico será más acertado para las fases del tratamiento; este último y la rehabilitación se abocarán a la problemática central; la investigación y aportes permitirán el crecimiento y avance del equipo.

Las áreas específicas en las que el T.S.P. aborda la familia son:

- 1) Enfoca el problema
- 2) Tiende a la solución concreta del mismo

- 3) Trabaja "a pesar de la familia"
- 4) Se concreta en general a la solución de los problemas manifestados.
- 5) NO siempre puede llegar a la raíz del problema como el psiquiatra o el psicólogo.
- 6) Acepta las condiciones socio-económicas de la familia.
- 7) Utiliza los apoyos institucionales.
- 8) Tiene en cuenta el contexto socio-económicos del paciente y su influencia respecto a él.

Además es necesario:

1. Contar con fundamentos científicos para el trabajo.
2. Tener enfoques Psicoterapéuticos.
3. Implementar un diagnóstico a partir de la dinámica y del tratamiento.
4. Que las acciones sean dirigidas hacia la responsabilización común ante los problemas o situaciones.
5. Las actividades son de no involucración de los patronos culturales del profesionista con los de la familia.
6. Evitar la dependencia de la familia hacia el terapeuta familiar o hacia el T.S.P. (3).

4.3 INTERVENCION DEL T.S. CON LA FAMILIA

Antes de hablar del modelo de intervención a seguir con la familia, vale la pena hacer referencia del planteamiento que -- hace el Dr. Jackson de la "homeostasis familiar" en el que refiere que cada familia busca el equilibrio homeostático, a través de há

(3) T.S.P. Vera, F. Mayer Trabajo presentado en el Taller de T.S.P. con la familia. IMP. Nov. 1980. México.

bitos, comportamientos y expectativas propias de la misma, bien de una manera consciente e inconsciente. Cuando alguno de los miembros no logra, por alguna circunstancia, realizar por ejemplo: el papel que le corresponde dentro de la familia, ésto da lugar a un cambio en la homeostasis familiar, cambiando el resto de los miembros para reestablecer el equilibrio.

Cuando un miembro es "incapaz de funcionar como tal o simplemente no lo desea", llega el momento en que el constante cambio rompe con el equilibrio y es cuando se solicita ayuda profesional.

Una vez que la ayuda se inicia, es común observar cómo la familia descarga sus conflictos en alguno de los miembros, considerándose éste como el "paciente identificado" (Virginia Satfr).

De la experiencia en el CAAF se observó, cómo el paciente alcohólico es el identificado y el manifestador de una problemática sobresaliente de la familia conviviente.

Los resultados que arrojó la investigación del capítulo anterior, muestran cierta alteración en la dinámica familiar y una situación socioeconómica importante que permite conocer la situación de la dinámica de éste grupo, que dió lugar a que alguno o varios de los miembros solicitaran ayuda profesional.

La función del T.S. puede ser la formación y asesoría de grupos de esposas y/o familiares; asistencia e investigación de los mismos; orientación conyugal, plurifamiliar, etc., pero para el presente estudio se propone sólo uno de ellos, en relación

a un modelo de intervención para la orientación unifamiliar. Esto tiene la finalidad de proponer alternativas concretas de acción para aquellas familias o familiares que, de alguna manera, manifiestan alteración en su funcionamiento familiar y solicitaron ayuda profesional en algunos casos, y en los restantes, se detectaron a través del paciente identificado, (paciente alcohólico).

Un aspecto que es importante agregar, para fundamentar el modelo de intervención a seguir, es el hecho de que nunca se ha llevado a cabo un programa sistematizado de orientación unifamiliar, los resultados anteriores nos indican que cada familia requiere de un proceso.

A nivel de T.S. se entenderá por "tratamiento" al proceso de orientación que en forma sistematizada conlleve a un fin*. (4) "Orientación Familiar" será "aquella" forma de psicoterapia a nivel externo, con técnicas específicas, concretamente de la terapia familiar, sin llegar al alcance de ésta (5).

Para llevar a cabo lo anterior es necesario partir de un conocimiento previo de la familia a orientar, por lo que se requiere una valoración inicial.

4.3.1 Valoración.

1) Se deberá realizar al grupo familiar de aquel o aquellos que tengan problemas con su manera de beber, bien sea paciente del CAAF o no, siempre y cuando se haya solicitado. En este paso pre-

(4) *Tenorio, Rosalba, "Intervención del T.S.P. con la familia". Rev. de T.S. ETS, UNAM, No. 9 y 10; 1982, p.9.

(5) Vera Myer, "Apuntes del curso de T.S.P. Orientación al grupo familiar". México, 1980.

viamente se consultará con el equipo psiquiátrico, si el paciente alcohólico y/o familiares pueden incluirse o no en la valoración.

2) La valoración podrá realizarse en conjunto, por subsistemas o por separado, de acuerdo a las necesidades y posibilidades del grupo familiar. Los miembros deberán vivir bajo el mismo techo y estar unidos entre sí afectivamente, independientemente de los lazos consanguíneos que los unan.

3) La valoración no deberá exceder de 4 entrevistas, se proponen 3 como mínimo. Cada sesión durará 90 minutos. El lugar de reunión deberá contar con los recursos materiales necesarios para su realización (1 cubículo y sillas).

4) Dependiendo del tipo de valoración que se realice (en conjunto, por sistemas o por separado) se enfatizará la importancia de las normas y principios a seguir durante el proceso de valoración y orientación.

5) Durante dicha valoración será importante detectar la existencia de algún trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, psicosis alcohólica, delirios, paranoia, etc.), en algunos de los miembros, ya que no deberá incluirse en el proceso de orientación familiar mencionado.

6) El Trabajador Social deberá contar con la especialidad de T.S.P., con supervisión permanente y de preferencia tener experiencia en un proceso psicoterapéutico personal, ya que el tipo de trabajo con familia en crisis, implica el remover situaciones personales que, en un momento dado, pueden interferir con una orientación.

tación adecuada a los integrantes, principalmente puede generar trastornos psiquiátricos no fáciles de manejar objetiva y profesionalmente.

Los aspectos a abordar en cada entrevista para la valoración se proponen de la siguiente manera:

1a. Entrevista

- . Introducción
 - Presentación recíproca
 - Objetivos de la reunión
- . Expectativas de cada integrante
- . Programación de Sesiones
(día, hora, duración).
- . Normas y Principios
(respeto, discreción, confianza, etc.)

2.a Entrevista

- . Actitud de la familia ante el familiar alcohólico.
- . Necesidades biopsicosociales y características de los integrantes.
- . Alternativas realizadas al respecto.

3a. Entrevista

- . Funcionamiento Familiar
 - Autoridad (rígida, flexible, caótica)
 - Comunicación (verbal y no verbal)
 - Roles (invadidas, invertidos)
 - Manifestación de sentimientos más frecuentes (carifio,

cólera, etc.)

- Límites (flexibles, rígidos, caóticos).

Paralelo a la mencionada valoración familiar es importante que el T.S.P. tome en cuenta los siguientes aspectos:

a) El medio social proveniente del núcleo familiar (escolaridad, ocupación, ingreso económico, grupo de pertenencia, etc).

b) -Las pautas transaccionales.

. Normas y reglas de funcionamiento familiar.

. Expectativas de cada uno.

c) -La estructura familiar.

La existencia de los subsistemas familiares. (por ejemplo la diada entre marido-mujer, o madre-hijo; o la triáda padres-hijos-hermanos-madre.

-Identificar los límites de esos subsistemas: si son claros, difusos, rígidos, quiénes participan y de qué manera se definen las reglas familiares.

-Identificar la autonomía, independencia o dependencia.

-Identificar el tipo de comunicación entre los integrantes: si es clara y directa, verbal, indirecta, enmascarada y/o desplazada.

-Identificar los recursos familiares, emocionalmente más "sanos", para reforzar la orientación.

4.3.2 Modelo de intervención como Plan de Trabajo.- Una vez realizada la valoración del diagnóstico familiar y definidos

los lineamientos anteriores, se deberá informar al grupo familiar sobre el plan de trabajo a seguir, mismo que deberá contener lo siguiente:

4.3.2.1 Objetivo general.- Lograr que la familia participe en forma activa en las sesiones a través de intervención física y verbal, a fin de apoyar la rehabilitación del paciente alcohólico.

Objetivos Específicos:

- Conocer las características y necesidades de la familia.
- Identificar el alcoholismo como problema multicausal.
- Participar activamente en ejercicios prácticos de dinámica familiar interna.

4.3.2.2. Temas y contenido.- Estos deberán ser de tipo educativo y reflexivo.

4.3.2.3 Técnicas.- Estas deberán ser de accesible manejo, tanto para el orientador como para el grupo familiar. Entre otros se podrán utilizar las siguientes:

- . Lluvia de ideas: motivar al grupo familiar a opinar sobre algún punto en especial.
- . Identificación: detectar los aspectos o problemas significativos que manifieste el grupo familiar.
- . Discusión dirigida o abierta: solicitar opinión al grupo familiar sobre lo planteado durante la sesión, tratando de que el T.S. sea el moderador.

- . Simulacro: Simulación de alguna escena rutinaria entre los mismos integrantes.
- . Sociodrama: Representar alguna escena conflictiva entre los integrantes, tratando de invertir la estructura familiar de modo que, los originarios del problema, formen parte de la trama.
- . Observación: visualizar y tomar en cuenta los aspectos más significativos que se estimen pertinentes, para retomarlos al proceso dinámico.
- . Interpretación: Darle un significado sociológico y objetivo a las observaciones, opiniones, actitudes del grupo familiar, como parte de un contexto social.
- . Análisis: Conocer y ubicar a través del conocimiento -- obtenido durante las sesiones, cuál o cuáles son los elementos o factores que determinan la causalidad de los -- problemas internos del grupo familiar.

4.3.2.4 Duración, lugar y horario.- Será de 12 a 15 sesiones máximo y de 90 minutos cada reunión. El lugar, el día y la hora de sesiones se determinará conjuntamente con el grupo familiar.

4.3.2.5 Normas y principios a seguir.- Deberá determinarse en conjunto antes de iniciar dicho proceso. Siendo así, se sugiere el siguiente orden de reuniones con los temas, objetivos, contenidos, técnicas y recursos materiales, para el abordaje al proceso de orientación.

Para el objetivo específico No.1, se realizará solo una sesión en la que se pretenderá que la familia se ubique como unidad en un sistema social.

Para el objetivo No.2, serán dos sesiones tomando en cuenta que el tema de alcoholismo es bastante complejo y elemental para que la familia, mínimamente, identifique la enfermedad, sus características, causas y consecuencias desde el punto de vista me dico y social.

Para el objetivo No.3, se llevarán a cabo 6 reuniones en las que se pretende aportar elementos prácticos a la familia -- respecto a la dinámica a seguir cuando existe un miembro alcohólico en el hogar.

Dentro del cronograma que se señala a continuación, se -- plantean también dos sesiones abiertas a la elección de algún tema en especial, o bien la continuación o reforzamiento de alguno de los ya expuestos.

La doceava y última sesión deberá avocarse a la evaluación del proceso de orientación realizado; éste se llevará a cabo de manera verbal, en coordinación con el Trabajador Social que for mó parte del mismo.

Deberán considerarse los avances y superación de aquellas situaciones que al principio de la orientación, hayan sido de con flicto.

El trabajador social deberá así proponer alternativas de

acción mediatas e inmediatas y reforzar los aspectos positivos que conlleven al bienestar del funcionamiento familiar.

CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO SOBRE

ORIENTACION FAMILIAR

MODELO DE INTERVENCION DE ORIENTACION FAMILIAROBJETIVO 1. CONOCER LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES DE LA FAMILIA1a. SESION

| TEMA | CONTENIDO | TECNICAS |
|------------|--|---|
| La Familia | . Concepto | . Exposición y lluvia de ideas |
| | . Antecedentes | . Exposición |
| | . Familia y Sociedad actual | . Exposición |
| | . Características y necesidades biopsicosociales | . Exposición y lluvia de ideas, comentarios |
| | . Preguntas y Respuestas | . Discusión abierta |

OBJETIVO 2. IDENTIFICAR EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIAL2a. SESION

| | | |
|-----------------|------------------------------------|--|
| El alcoholismo. | . Concepto | . Exposición |
| | . Características de un alcohólico | . Lluvia de ideas exposición y lectura |
| | . Causas | . Lluvia de ideas y exposición |
| | . Preguntas y Respuestas | . Discusión dirigida |

3a. SESION.

| | | |
|---------------|----------------------------------|----------------------------|
| Continuación. | . Consecuencias Biopsicosociales | . Plática. Comentarios |
| | . Alternativas | . Exposición, comentarios. |
| | . Preguntas y Respuestas | . Discusión abierta |

MODELO DE INTERVENCION DE ORIENTACION FAMILIAR

| TEMA | CONTENIDO | TECNICAS |
|-------------------------------------|--|---|
| <u>OBJETIVO 3.</u> | <u>PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EJERCICIOS PRACTICOS DE DINAMICA FAMILIAR INTERNA.</u> | |
| <u>4a. SESION</u> | | |
| Autoridad en el Sistema Familiar. | <ul style="list-style-type: none"> . Concepto . Características de la autoridad . Quién la ejerce y por qué . Dinámica de autoridad en casa . Preguntas y Respuestas | <ul style="list-style-type: none"> . Exposición . Comentarios . Discusión dirigida, observación . Simulacro, observación . Discusión abierta Reforzar Retroalimentación Apoyo Interpretación |
| <u>COMUNICACION</u> | | |
| <u>5a. SESION</u> | | |
| Comunicación en el Sistema Familiar | <ul style="list-style-type: none"> . Concepto . Tipos de comunicación (clara, directa, enmascarada, desplazada). . Características de la comunicación en el sistema familiar. . Preguntas y Respuestas | <ul style="list-style-type: none"> . Exposición . Exposición, comentarios y lluvia de ideas . Discusión dirigida, comentarios . Comentarios, discusión abierta, Reforzamiento, retroalimentación. |

MODELO DE INTERVENCION DE ORIENTACION FAMILIAR

| TEMA | CONTENIDO | TECNICAS |
|---|---|--|
| <u>COMUNICACION</u> | | |
| <u>6a. SESION</u> | | |
| Continuación de Comunicación. | <ul style="list-style-type: none"> . Ejercicios prácticos de la comunicación en el núcleo familiar. . Preguntas y Respuestas | <ul style="list-style-type: none"> . Sociodrama o Simulacros. . Discusión abierta Comentarios Interpretación |
| <u>7a. SESION</u> | | |
| Roles o funciones de los integrantes en el núcleo familiar. | <ul style="list-style-type: none"> . Concepto . Tipos de roles . Invasión e inversión de roles . Características de los roles familiares. . Preguntas y Respuestas | <ul style="list-style-type: none"> . Exposición . Exposición, lluvia de ideas. . Comentarios . Sociodrama, simulacro, Manejo del silencio, observación. . Discusión abierta, comentarios interpretación reforzamiento |
| <u>8a. SESION y 9a. SESION</u> | | |
| Manifestación de sentimientos en el núcleo familiar. | <ul style="list-style-type: none"> . Cómo, dónde y cuándo se manifiestan. . Tipos de sentimientos más frecuentes y causas que los originan. . Preguntas y respuestas. | <ul style="list-style-type: none"> . Discusión dirigida, observación. . Comentarios, simulacros . Discusión abierta y dirigida, interpretación, reforzamiento. |

MODELO DE INTERVENCION DE ORIENTACION FAMILIAR

| TEMA | CONTENIDO | TECNICAS |
|-------------------------------------|--|---|
| <u>9a. SESION</u> | | |
| Continúa... | . Características de los sentimientos más frecuentes en el sistema familiar. . Preguntas y Respuestas | . Simulacro Sociodramas . Discusión abierta |
| <u>10 y 11 SESIONES</u> | | |
| Temas Libres | . El que la familia solicite previamente. | . Discusión abierta . Sociodramas o . Exposición |
| <u>12a. SESION</u> | | |
| Cierre y Evaluación de orientación. | . Objs. 1,2,3, temas, contenidos. Técnicas y evoluciones de la dinámica familiar | . Discusión dirigida y abierta, comentarios, observaciones. |

CONCLUSIONES

Se han planteado algunas de las características de la industria de bebidas alcohólicas propias de un país capitalista dependiente, así como ciertas consecuencias biopsicosociales originadas por el excesivo consumo de alcohol. Es significativo el papel que juega el Estado ante dicha situación, ya que participa económica y políticamente en el mantenimiento de dicha Industria, no así en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del alcoholismo y en la solución al problema social que hoy en día, repercute severamente, entre otros, a la familia.

La realidad de la familia contemporánea evidentemente es producto de un proceso histórico que hoy en día la determina como tal. Lo interesante de este aspecto es ver como la familia no solo continúa realizando una de las principales funciones que históricamente le han correspondido, como el producir y mantener la fuerza de trabajo, sino que actualmente participa directamente en la acumulación de la riqueza del sistema capitalista, a través de la utilización del trabajo femenino y de los menores y por ende un impulso al consumismo.

Es claro que la nueva modalidad de la familia mexicana, ha sido un gran beneficio para el sistema en el que se desenvuelve, no así para el desarrollo y equilibrio biopsicosocial del individuo.

Ahora bien, si se toman en cuenta las características de un alcohólico y la manifestación ante su familia, respecto a la modificación de los roles que le corresponden dada la alteración física, psicológica y psiquiátrica que llega a presentar, es suficiente para que la familia presente crisis existenciales por problemas psicosociales como se puede observar en los resultados anteriores.

Las políticas Institucionales ante dicha situación desafortunadamente sólo son de tipo asistencial, específicamente el CAAF, lo que limita al profesional de T.S. dar solución concreta a las demandas manifestadas por la población consultante y por lo detectado en la investigación.

No obstante a lo anterior, es importante que el Trabajador Social, ubique el papel que juega en la atención a la familia del alcohólico desde un punto de vista general hasta el más concreto. Esto le permitirá plantear alternativas de acción más objetivas respecto a la realidad en la que se encuentra inmerso, y lograr así una trascendencia profesional importante.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta que el alcoholismo es un problema social que repercute entre otros principalmente a la familia como sistema y en ese sentido se demanda una ayuda profesional, sugiero a continuación algunas de las alternativas necesarias, - que el Trabajador Social puede y debe realizar para con la familia del enfermo alcohólico, no olvidando la estructura socioeconómica en la que se encuentra inmersa.

I) A través de lecturas básicas y de una práctica profesional en las instituciones existentes tomar una conciencia objetiva de los problemas sociales de nuestro país. Sin estos elementos las acciones seguirán teniendo una labor mediatizadora que no va a beneficiar a la sociedad en conjunto sino que permitirá reforzar más al sistema actual.

II) Retomar el método de casos y de grupos, propias del Trabajo Social los cuales permitirán dar pauta a estudios e investigaciones pilotos o exploratorias de familias y/o familiares de alcohólicos.

III) Enfatizar la práctica profesional a investigaciones epidemiológicas y sociales tomando en cuenta el método científico. De otra manera no será posible el conocimiento objetivo de las causas y efectos de la problemática social existente -- con la que el Trabajador Social se enfrenta a diario.

IV) Participar activamente en Asociaciones u organismos profesionales, políticos y/o sociales de interés común con el objeto de retroalimentar, reforzar y superar la experiencia teórica-práctica que conlleve al crecimiento profesional continuo.

V) Encaminar los programas y actividades a la prevención primaria, sin descuidar la coordinación y apoyo con equipos interdisciplinarios.

VI) Elaborar e implementar programas educativos de -- orientación familiar intra y/o extramuros.

ANEXOS: -

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y
DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CAAF (1979-81)

No. de Expediente _____

Fecha: _____

No. Questionario
1 2 3 4

NOMBRE DEL PACIENTE _____

1. MOTIVO DE CONSULTA

5 6

2. Quién canaliza al paciente

| | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Se ignora | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A.A. | 1 | 7 | 8 |
| Familiar | 2 | | |
| Amigo o conocido | 3 | | |
| Acude por sí mismo | 4 | | |
| Paciente del CAAF | 5 | | |
| Instituciones de tipo médico oficial y/o privado | 6 | | |
| Personal del CAAF | 7 | | |
| Otros, especificar | 8 | | |

3. Antecedentes familiares

3.1 No. de integrantes de la
familia de origen

| | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| Se ignora | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | 1 | 8 | 9 |

3.2 Lugar que ocupa el paciente
en la familia de origen

Se ignora

0

1

10 11

3.3 Problemática sobresaliente de
la familia de origen

Se ignora

0

12 13

No aplicable

1

2

3.4 Trayectoria alcohólica del pa-
ciente

Se ignora

0

14 15

Edad que inicia ingesta social

Edad que bebe compulsivamente

16 17

4. Descripción socioeconómica de la familia
actual (incluyendo al paciente)

4.1 No. de integrantes de la Familia
actual

18 19

4.2 Colonia y/o Delegación a la que
corresponde el domicilio

20 21

1

4.3 Datos Socio-Demográficos del paciente y familia

Categorías a manejar:

EDAD de los miembros de la Fam.

Se ignora

0

22 23

1

ESTADO CIVIL ACTUAL

Se ignora

0

Casado (a) o Unión Libre

1

Soltero

2

24

Divorciado o separado

3

Viudo

4

Otro, especificar

5

ESCOLARIDAD

Se ignora

00

Analfabeta

01

25 26

Sabe leer y escribir

02

Primaria incompleta

03

Primaria completa

04

Secundaria incompleta

05

Secundaria completa

06

Bachillerato o equivalente incompleto

07

Bachillerato o equivalente completo

08

Estudios técnicos incompletos

09

Estudios técnicos completos

10

Estudios profesionales incomp.

11

Estudios profesionales comp.

12

Jardín de niños, o guarderías

13

No aplicable

OCUPACION

| | |
|------------------------------------|---|
| Se ignora | 0 |
| Obrero (a) | 1 |
| Empleado (a) | 2 |
| Comercio (en chico o en grande) | 3 |
| Trabaja por su cuenta, especificar | 4 |

27

| | |
|--------------------|---|
| Estudiante | 5 |
| Hogar | 6 |
| Otros, especificar | 7 |

| | |
|--------------|---|
| Desempleado | 8 |
| No aplicable | 9 |

INGRESO

| | |
|------------------|---|
| Se ignora | 0 |
| Menos del mínimo | 1 |
| Mínimo | 2 |
| Más del mínimo | 3 |
| Variable | 4 |
| No aplicable | 5 |

28

PARENTESCO

| | |
|--------------------|---|
| Se ignora | 0 |
| Pareja | 1 |
| Padre-madre | 2 |
| Hijo (a) | 3 |
| Hermano (a) | 4 |
| Abuelo (a) | 5 |
| Tío (a) | 6 |
| Otros, especificar | 7 |

29

| | |
|--------------|---|
| Paciente | 8 |
| No aplicable | 9 |

5. DINAMICA FAMILIAR

5.1 Miembro de la familia que realiza las funciones domésticas en el hogar

| | | |
|--------------------|---|--------------------------|
| Se ignora | 0 | |
| Familia en general | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Esposa o pareja | 2 | 30 |
| Esposa e hijos | 3 | |
| Madre | 4 | |
| Hermanos | 5 | |
| 4 y 5 | 6 | |
| Otros, especificar | 7 | |

5.2 Quién cubre el aspecto económico en el hogar

| | | | |
|--------------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| Se ignora | 0 | | |
| Paciente y pareja | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paciente | 2 | 31 | 32 |
| Pareja | 3 | | |
| Padre y/o madre | 4 | | |
| Hijo (s) menor o mayor (es) | 5 | | |
| Hermano (s) menor o mayo (es) | 6 | | |
| Paciente y otro familiar | 7 | | |
| Otros (s) familiares | 8 | | |
| Paciente y otro (s) familiares | 9 | | |
| Paciente e hijos | 10 | | |
| Padre, madre y/o hermanos | 11 | | |
| Paciente y hermano (s) | 12 | | |

5.3 Quién ejerce la autoridad

| | |
|------------------------------|---|
| Se ignora | 0 |
| Paciente | 1 |
| Pareja | 2 |
| Padre y/o madre | 3 |
| Hermano (s) menor-mayor (es) | 4 |
| Hijo (s) menor-mayo (es) | 5 |
| Paciente y pareja | 6 |
| Pareja e hijos mayores | 7 |
| Pareja y otro familiar | 8 |
| Otro (s) familiares | 9 |

33

5.4 Comunicación más frecuente en la familia

| | |
|---------------------------------------|---|
| Se ignora | 0 |
| Clara y directa | 1 |
| Enmascarada, desplegada y/o indirecta | 2 |
| Variable y/o ambivalente | 3 |
| Otros, especificar | 4 |

34

5.5 Sentimientos más frecuentes entre los miembros de la fam.

| | |
|---|---|
| Se ignora | 0 |
| Ternura, cariño y/o apoyo | 1 |
| Aparentemente cordial | 2 |
| Cólera desaprobación, inconfomidad | 3 |
| 3 y/o depresión | 4 |
| Indiferencia, resentimiento y/o rechazo | 5 |
| Ambivalencia y/o confusión | 6 |
| Temor, desconfianza y/o rechazo | 7 |
| Otros, especificar | 8 |

35

5.6 Sentimientos mas frecuentes entre la pareja

| | | |
|--|---|--------------------------|
| Se ignora | 0 | |
| Ternura, carino y/o apoyo | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Aparentemente cordial y/o de conformidad | 2 | 36 |
| Cólera, desaprobación, inconformidad | 3 | |
| 3 y/o depresión | 4 | |
| Indiferencia, resentimiento y/o rechazo | 5 | |
| Ambivalencia y/o confusión | 6 | |
| Temor, desconfianza y/o rechazo | 7 | |
| Otros, especificar | 8 | |
| <hr/> | | |
| No aplicable | 9 | |

5.7 Actitud de la familia ante el tratamiento del paciente del CAAF

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Se ignora | 0 | |
| Colaboración, motivación y apoyo | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Indiferencia | 2 | 37 |
| Rechazo, agresión | 3 | |
| Ambivalente | 4 | |
| Otros, especificar | 5 | |

5.8 Principal problemática de la familia actual

| | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| Se ignora | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | |
| | 1 | 38 | 39 |

5.9 Registrar si acudió o no algún familiar al Centro

| | | |
|-------------|---|--------------------------|
| Se ignora | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Si | | |
| Quién _____ | 1 | 40 |
| No | 2 | |

6. Aclarar si el paciente es alcohólico en actividad alcohólica o en abstinencia.

| | | |
|-------------------------|---|--------------------------|
| Se ignora | 0 | <input type="checkbox"/> |
| A.A. o sólo abstinencia | 1 | |
| Alcohólico activo | 2 | 41 |

OBSERVACIONES

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 | 43 |

T.S.P. _____

B I B L I O G R A F I A

- ANDRGE, MICHEL. "Sociología de la familia y del matrimonio".
Ediciones Península. Barcelona, 1974.
- BECERRA, ROSA MA. "Elementos básicos para el trabajo Social". Ed.
Ecro, 2a. Edición, Buenos Aires, 1977.
- CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES. "Que pasa con la familia". Ed.
Libros de México, S. A. Marzo 1980, UNAM. Facultad de C.P.S.
- DULANTO, G.E. "La familia medio propiciador e inhibidor para el
desarrollo humano". Ediciones Médicas del Hospital Infantil
de México, 1a. Edición, 1975.
- ENGELS, F. "El origen de la familia, la propiedad privada y el
Estado". Ediciones Oca, S.A. Plan de Ayala 4, México 17, 1976.
- GALLARDO, C.M.A.A. "La Praxis de Trabajo Social en una Dirección
Científica". Ed. Ecro, México, 1974.
- GUERRA, G.A.J. "El alcoholismo en México". Edictorial Fondo de
Cultura Económica, México, 1977.
- HERNANDEZ, ROJAS; LEANOS, J. y OTROS. "Drogas y Pobreza". Ed.
Trillas, México.
- LENIN, V.I. "El Estado y la Revolución". Ed. Pueblo de Pekín,
República de China, 1974.
- LENERO, O.L. "La familia". Ed. Ecro, S.A. ANUIES, México, 1976.

- MOLINA, PIREIRO, V.; SANCHEZ, MEDAL: "El alcoholismo en México".
Ed. Impresiones Modernas, S.A. México, D.F. Mayo 1982.
- PARDINAS, FELIPE: "Metología y técnicas de investigación en ciencias sociales". Ed. Siglo XXI, México vs. España Arg. 1976.
- PEREZ, JOSEPH: "Terapia Familiar en el Trabajo Social". Ed. Pax México, 1a. Ed. México, noviembre 1981.
- PEREZ, LAZARO, E.J.: "El problema del alcoholismo en Tepito".
ENTS. UNAM. México, 1982.
- ROJAS, SORIANO.: "Gufa para realizar investigaciones sociales".
Textos Universitarios, UNAM, México, 1980.
- ROSOVSKY, T.H. "Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo de alcohol". Facultad de Psicología, UNAM. México, 1982.
- SANCHEZ, AZCONA.: "Familia y Sociedad". Ed. Joaquín Mortiz, S.A.
3a. Edición, México, 1980.
- SATIR, VIRGINIA.: "Relaciones Humanas en el núcleo familiar". Ed.
Pax, México. 2a. Reimpresión, 1981.
- SIGAL, RAKOSS Y EPSTEIMB.: "Esquema de categorías de familias, Familia como unidad: Solución de Problemas". Ed. Family
Proces.
- TENORIO, ROSALBA, H. "Intervención del T.S.P. con la familia".
Revista de T.S. No. 9 y 10 ENTS, UNAM, México, 1982.

TURULL, TORRES, F.: "Aspectos socioculturales de la demanda en un servicio de alcoholismo en la ciudad de México: Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares". CAAF. México, 1982.

TURULL, TORRES, F.: "Consideraciones acerca de los enfoques de la problemática del consumo de alcohol". IMP. Agosto, 1982. 10° Congreso de Sociología.

VELASCO, FERNANDEZ, R.: "Esa enfermedad llamada alcoholismo". Ed. Trillas. México, 1982.

VERA, MAYER.: "Orientación al grupo familiar". Apuntes del taller de T.S.P. con la familia". Psicología Médica y Salud Mental. México, 1980. IMP.