

11241
- 2 ej 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO DE LA TESINA.

"ACTITUD DEL MEDICO RESIDENTE EN PSIQUIATRIA
FRENTE AL PACIENTE ALCOHOLICO".

FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	página No. 1
Propósito	página No. 1
Justificación	página No. 4
Antecedentes	página No. 6
METODOLOGIA	página No. 20
Procedimiento	página No. 20
Análisis estadístico	página No. 24
Resultados estadísticos	página No. 27
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	página No. 28
ANEXOS	página No. 37
BIBLIOGRAFIA	página No. 46

1.- INTRODUCCION

1.1.- PROPOSITO

Es conocimiento general que la actitud del médico ante el paciente es uno de los factores más importantes que pueden favorecer o entorpecer - el proceso terapéutico interfiriendo con los factores terapéuticos inespecíficos que se dan en toda relación médico-paciente, que son la Fe y la Esperanza ⁽¹⁾. La fe presupone una imagen interna de algo o alguien en quien se puede confiar; esta fe puede ser racional o irracional, - basada en experiencias y en hechos científicamente establecidos sin embargo, la fe opera independientemente de su contenido; lo más importante - es pues el hecho mismo de tener fe, de que el médico logre despertar la fe de sus pacientes.

Otro componente arcaico de la naturaleza humana con una notable influencia en la terapéutica es la esperanza, la expectativa de ser ayudado - que en gran parte está determinada por la actitud que el médico adopte frente a su paciente. - Estos factores inespecíficos se dan independientemente del tipo de paciente y de la especiali-

dad del médico. Sin embargo, la importancia de la actitud del médico resulta magnificada si se trata de la actitud de un médico psiquiatra, en una situación de entrevista psiquiátrica, ante un paciente alcohólico.

H.S. Sullivan se refiere a la Psiquiatría como en campo de estudio de las relaciones interpersonales. La entrevista psiquiátrica es un ejemplo especial de las relaciones interpersonales, y de esta relación el paciente espera obtener un beneficio; el principal instrumento de investigación del psiquiatra es su personalidad que expresa a través de su conducta, de donde podemos inferir las actitudes. Sullivan⁽²⁾ define la entrevista psiquiátrica como "un proceso o sistema de procesos y la palabra proceso, supone, naturalmente un cambio. En la situación de la entrevista, estos cambios son más los cambios en la actitud del entrevistador reflejados por el entrevistado". Obviamente, los cambios en la actitud del entrevistador pueden ser supuestos exclusivamente por el paciente, pero pueden ser reales, dados por una actitud determinada hacia el paciente.

dad del médico. Sin embargo, la importancia de la actitud del médico resulta magnificada si se trata de la actitud de un médico psiquiatra, en una situación de entrevista psiquiátrica, ante un paciente alcohólico.

H.S. Sullivan se refiere a la Psiquiatría como en campo de estudio de las relaciones interpersonales. La entrevista psiquiátrica es un ejemplo especial de las relaciones interpersonales, y de esta relación el paciente espera obtener un beneficio; el principal instrumento de investigación del psiquiatra es su personalidad que expresa a través de su conducta, de donde podemos inferir las actitudes. Sullivan⁽²⁾ define la entrevista psiquiátrica como "un proceso o sistema de procesos y la palabra proceso, supone, naturalmente un cambio. En la situación de la entrevista, estos cambios son más los cambios en la actitud del entrevistador reflejados por el entrevistado". -- Obviamente, los cambios en la actitud del entrevistador pueden ser supuestos exclusivamente por el paciente, pero pueden ser reales, dados por una actitud determinada hacia el paciente.

El propósito de la presente tesina, fué investigar la actitud de un especialista en formación en el área médica de la Psiquiatría, frente a un tipo especial de paciente, el alcohólico.

1.2.- JUSTIFICACION

A través de la observación empírica de las manifestaciones conductuales del médico residente en Psiquiatría hacia el paciente alcohólico, se ha inferido que la actitud más frecuentemente observada es la de rechazo hacia este tipo de pacientes. Las implicaciones de ésto son importantes, si tomamos en cuenta que el alcoholismo es un importante problema de Salud Pública en nuestro país.

Revisando los reportes de los estudiosos de las más antiguas culturas, encontramos que el hombre ingiere alcohol desde hace por lo menos cinco mil años y podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales, consecuencia del alcoholismo, han acompañado a la humanidad desde hace mucho tiempo. Sin embargo, el problema ha llegado a dimensiones preocupantes en la actualidad en nuestro país.

La OMS acepta que hay dos medidas para calcular la prevalencia del alcoholismo en un país:

- 1.- Las cifras de mortalidad por cirrosis hepática.
- 2.- Los datos de consumo de alcohol "per cápita"

En realidad, las conclusiones a las que se llega a través de estos dos parámetros no son totalmente exactas, pero sí dan una idea bastante próxima a la realidad de un país. Así tenemos - que en México la cirrosis hepática ha ocupado en la última década un lugar entre las diez principales causas de muerte ⁽⁴⁾ y su importancia aumenta cuando observamos que afecta principalmente a individuos entre los 25 y 40 años, que es la época más productiva. En lo que respecta al consumo "per cápita" , en México ha aumentado discretamente el consumo de cerveza, pero el aumento es notable en lo que respecta al consumo de bebidas de mayor contenido alcohólico⁽⁵⁾. El alcoholismo se considera el segundo problema prioritario en Salud Mental en México⁽⁶⁾.

De esto podemos deducir que el número de pacientes alcohólicos es importante y que la actitud que adopte el médico es fundamental. El factor motivacional es de suma importancia en el proceso terapéutico, motivaciones que se traducen en actitudes; estas actitudes son susceptibles de ser evaluadas y esto es lo que se pretende en el presente trabajo.

1.3.- ANTECEDENTES

Los objetivos de la relación médico-paciente son inalterables, no cambian y de ésto podemos darnos cuenta analizando el proceso histórico de la relación médico-paciente. Cuando se afirma que el médico cambia y su medicina se transforma se refiere a toda esa "ecología" de la materia médica, a las mudanzas de la Historia, a las modificaciones que brinda el continuo progreso, a la mutante convivencia humana que altera los distintos modos de asistencia médica, es decir, a todos esos supuestos antropológicos, históricos y sociales que dan forma peculiar a la relación interhumana. Pero el médico y el paciente en su interacción van siempre hacia un fin, la comprensión, la adaptabilidad, la curación y la salud.

Históricamente, los magos y curanderos aparecieron como la clase profesional más antigua de la humanidad; es la primera clase diferenciada de una sociedad, que ejerce su oficio, en ignorancia absoluta del proceso mental que los lleva a realizarlo. El pensamiento que sucedió a la magia y que modificó la interacción médico-paciente que transformó la imagen social del médico --

apareció en la época helénica, específicamente - en el período hipocrático; el médico hipocrático en su función social se expresó con ética.

Al llegar a los médicos medievales, el acto - médico se transformó en un acto ético-religioso, donde influidos por el cristianismo importaba - más el alma que el cuerpo del paciente. Consecuentemente, la actitud del médico ante su paciente era distinta a la observada en el período helénico.

En el siglo XIII el hombre médico y el hombre enfermo vuelven a encontrarse libres de todo miticismo, con el consabido propósito de entender al paciente objetivamente, encontrándose sin idealismos que sacrificaban el cuerpo en beneficio del alma. En el siglo XV aparecen los humanistas médicos, médicos que vuelven a las tendencias clásicas, que adoptan nuevamente una actitud de comprensión hacia la naturaleza del enfermo, entienden al paciente como un producto de su medio y comprenden su enfermedad como un desajuste integral; esta actitud, con algunas modificaciones se sostiene hasta la actualidad. Sin embargo, las cosas han sido un tanto cuanto dife-

rentes cuando se está hablando del alcohólico y su aceptación como paciente.

Las actitudes que se han tenido a lo largo de la Historia hacia el alcohólico han variado considerablemente, dependiendo del marco conceptual mediante el cual se ha abordado el problema del alcoholismo. Dentro de la concepción Judeo-Cristiana se considera al alcoholismo como un "pecado", considerándose también que el individuo es libre de pecar o no. En éste marco se acepta que existe un control absolutamente consciente sobre todo el acontecer psíquico del hombre, ignorándose totalmente los mecanismos inconscientes que influyen sobre las acciones de un individuo. Consecuentemente, en este marco conceptual el alcohólico habría decidido conscientemente serlo y - por lo tanto, las enfermedades que padeciera a consecuencia de su beber serían el justo castigo mereciendo además el desprecio y repudio de la comunidad.

Este marco ideológico, debido a la gran influencia de la religión Judeo-Cristiana, ha permanecido por siglos, lo cual impidió una mayor comprensión de la enfermedad, limitando de ésta

manera las posibilidades terapéuticas y preventivas. Felizmente esta situación ha cambiado, se busca actualmente el agente causal de los padecimientos o las alteraciones bioquímicas del metabolismo cerebral responsables de los diversos padecimientos, entre otros, del alcoholismo. Actualmente, se trata pues de dar una explicación al fenómeno del alcoholismo dentro de un marco médico. Los esfuerzos están encaminados a tratar de entender el fenómeno del alcoholismo aceptando que en el ser humano se dan fuerzas que escapan a su campo de advertencia, y que éstas se expresan en ocasiones en actitudes y conductas proclives para el alcoholismo, liberándose del estigma de culpa al ser considerado su "vicio" como una enfermedad, con lo cual se abren las posibilidades de atender adecuadamente a estos pacientes.

Aún cuando en la actualidad existe coincidencia en el sentido de desestigmatizar al alcoholismo de su connotación de "vicio", encontramos variaciones conceptuales y de definiciones operacionales en torno al alcoholismo. En lo que respecta al concepto del objeto de estudio, tene

mos por ejemplo que para Jellinek y el enfoque psiquiátrico tradicional, el alcoholismo es una enfermedad. El enfoque de la OMS es el de considerarlo como un síndrome. Desde la perspectiva psicoanalítica es considerado exclusivamente como un síntoma. Para la corriente conductista se trata exclusivamente de una conducta aprendida. Para la corriente culturalista es una desviación. Desde el enfoque criminológico se trata de una conducta delictiva y desde el punto de vista de la corriente fenomenológico-existencial, se trata de un síntoma acompañante de otra enfermedad a la cual en ocasiones encubre.

Las metas a conseguir en el tratamiento también varían. Hay quienes persiguen que el paciente llegue a la abstinencia total, mientras que otros pugnan por un consumo "no problemático". La abstinencia tradicionalmente ha sido considerada la meta más adecuada y esto responde a la conceptualización del alcoholismo como una enfermedad, esto es, por considerar la enfermedad como irreversible y expresada en la pérdida de control sobre el consumo. La única manera, no de curarla, pero sí de detener su curso, es la absti-

nencia ya que se sostiene que una persona dependiente al alcohol nunca puede volver a beber normalmente o en forma "no problemática". Los autores que han apoyado el consumo no problemático - como meta del tratamiento, se encuadran básicamente en la teoría conductual del aprendizaje o en la corriente psicoanalítica. Ambas rechazan el concepto del alcoholismo como una enfermedad desde el punto de vista clásico, esto es, concederle que se trata de una entidad patológica, no sólogicamente específica y diferenciada.

Desde el punto de vista del enfoque psicoanalítico, se considera al alcoholismo como manifestación de una perturbación subyacente de la personalidad, la cual debe de ser atendida y desde su punto de vista, centrarse en la abstinencia, equivale a descuidar el problema principal. Desde el punto de vista de la teoría conductual del aprendizaje, se sostiene en términos generales - que el alcoholismo es el resultado del un proceso de aprendizaje en el cual el alcohol produce estados placenteros, fisiológica o psicológicamente inducidos, que constituyen una recompensa a la conducta de consumo y en este sentido, el -

tratamiento es encarado como un proceso de des-
prendizaje de un patrón de consumo .

Cualquiera que sea el enfoque terapéutico o -
preventivo para el consumo problemático del alco
hol, existe un factor de suma importancia tanto
de parte del médico o personal encargado de la -
terapia, como por parte del paciente y este fac-
tor es el motivacional. En este sentido, resulta
interesante reflexionar sobre el grado de motiva-
ción que tendrá el personal médico para el trata-
miento del paciente alcohólico, si existe una no
toria vigencia de la consideración del alcoholis-
mo como un vicio o una irresponsabilidad, que --
provoca el rechazo del personal médico y paramé-
dico y por otro lado, otro factor que determina
disminución importante de la motivación para a--
tender a este tipo de pacientes es que la capta-
ción de casos, lejos de ser precoz, alcanza casi
exclusivamente a pacientes con severos y comple-
jos problemas de salud, que sólo logran o buscan
una remisión sintomática, siendo la norma la de-
serción al cabo de una o pocas consultas, cuando
el tratamiento intenta profundizar en la proble-
mática presentada.

Es un hecho que el residente de Psiquiatría - es un médico y que se abordan todos los problemas de Salud Mental desde un marco referencial - del Modelo Médico, sin embargo, resulta evidente que existe una actitud diferente hacia el paciente alcohólico con respecto al resto de los pacientes psiquiátricos, sean estos: epilépticos, neuróticos, psicóticos etc. Esta afirmación, no deriva exclusivamente de la observación de la actitud de los médicos psiquiatras, de los residentes en Psiquiatría de los diferentes grados y del personal paramédico, sino que, aún cuando no se encontraron estudios específicos de la actitud del médico psiquiatra frente al paciente alcohólico, se encuentran varias referencias sobre el tema - en diferentes autores, tanto en nuestro país como en el extranjero, por ejemplo, encontramos - que el Dr. José Elizondo López afirma: "La enorme ignorancia que a todos niveles existe en relación a los problemas generados por el consumo - de alcohol han influido muy determinadamente - para que el tratamiento y rehabilitación de los alcohólicos y, lógicamente, la prevención no - se hayan desarrollado más que en una forma -

muy incipiente, superficial, abarcando un sector muy reducido de la población, LAMENTABLEMENTE ES TA IGNORANCIA ABARCA HASTA A LOS MISMOS MEDICOS⁺ que a través de su preparación de pregrado, como en su entrenamiento de postgrado no han sido debidamente capacitados y sensibilizados para educar, orientar, prevenir y tratar a sus pacientes con sus problemas relacionados con el consumo -- del alcohol ". (7)

En este mismo artículo, este autor escribe - posteriormente "los fenómenos más relevantes que son observados en el tratamiento asistencial es la proporción muy alta de pacientes con problemas derivados del consumo del alcohol, es la alta reincidencia de éstos. EL RECHAZO Y LA HOSTILIDAD que reciben por parte del personal médico y paramédico".

El Dr. Calderón en su capítulo sobre alcoholismo de su libro sobre "Salud Mental Comunitaria"⁽⁸⁾, hace una revisión sobre estos servicios afirmando " en términos generales, el tratamiento del alcoholismo no se efectúa en forma muy adecuada POR FALTA DE INTERES TANTO DEL MEDICO COMO DEL PACIENTE " .

+ Las mayúsculas son responsabilidad del autor.

En general casi todos los autores que sobre el tema escriben, coinciden en que la actitud del médico no es la más adecuada para sacar adelante de su problema al paciente alcohólico. Alguna referencia del extranjero, por mencionar sólo alguna - es por ejemplo la emitida por la Dra. Eleanor - Hanna del Massachusset General Hospital, en su artículo sobre "Actitudes hacia bebedores problema" afirma "los alcohólicos, frecuentemente son percibidos como LOS MAS INDESEABLES CANDIDATOS A LA PSICOTERAPIA" habla en dicho artículo de que los pacientes calificados como alcohólicos eran mucho más rechazados y los resultados más inestables - que aquéllos que aún siendo alcohólicos no eran "estigmatizados" con este diagnóstico; ella aduce que gran parte de este rechazo del alcohólico por parte del personal médico está determinado - por que en un gran porcentaje estos pacientes - suelen faltar a sus citas de control, se rehusan a seguir las recomendaciones de tratamiento y - por el alto índice de reingresos. Termina su artículo exponiendo la necesidad de introducir un entrenamiento más sistemático a todo el personal médico y paramédico, incluyendo a los residentes

en lo que respecta al problema del alcoholismo, con el fin de contrarrestar las actitudes negativas hacia este tipo de pacientes (9).

El problema se presenta al tratar de medir - las actitudes. Las actitudes se valoran a través de informes personales, es decir informes acerca de sí mismos, sin embargo, los datos extraídos de estos informes son falibles, pueden contener distorsiones. Esto no encierra ninguna acusación en contra de las personas que respondieron el - cuestionario. Después de todo, hay razones conscientes e inconscientes para que los reportes - acerca de sí mismo no sean del todo verídicos.

A través de los años se han propuesto muchas definiciones de "actitud" pero a pesar de las - muchas interpretaciones del significado de actitud, hay varias áreas que muestran un acuerdo - esencial; primero, existe un consenso general de que una actitud es una predisposición a respon- - der a un objeto y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las -- cualidades características de la actitud.

Una segunda área de acuerdo esencial es que - la actitud es persistente, lo cual no significa

que sea inmutable. Los numerosos estudios sobre las actitudes indican claramente que aunque son susceptibles de cambio, la alteración de las actitudes, particularmente de las que se mantienen vigorosamente requieren fuerte presión. Consecuentemente la persistencia de las actitudes contribuye notablemente a la consistencia de la conducta, que viene a constituir el tercer punto de concordancia.

La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales. La actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones que pueden tomar la forma ya de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimientos hacia el objeto ya de aproximación o de evitación. Finalmente, la actitud tiene una cualidad direccional, esto no implica solamente la formación de rutinas de conducta en la formación de consistencia de las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional. Hay un acuerdo general de que la actitud connota preferencia con respecto a resultados que implican al objeto que a evoluciones del mismo o a impresiones positivas, neutrales o

negativas provocadas por aquél. Se tiene que reconocer que el afecto es una dimensión importante de la actitud.

Quizá actualmente la concepción más popular - de la actitud es la formulada por Katz y Stotland (1959) y por Kretch y col. (1962)⁽¹⁰⁾. Según su punto de vista la actitud consiste en tres componentes.

- a) cognocitivo
- b) emocional
- c) tendencia a la acción.

En el componente cognocitivo se incluyen las creencias que se tienen acerca de un objeto. El emocional es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud. - Ciertamente, estos afectos son también cogniciones, pero las cogniciones de sentimientos y emociones no se refieren al objeto, sino a quien - conoce, al individuo que está respondiendo a el objeto.

El componente de tendencia a la acción incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto. Es indudable que existe un

lazo entre los componentes cognitivos y afectivos con la tendencia a la acción.

Lo que se requiere como base de inferencia - con respecto a la actitud son muestras de conducta que revelen las creencias, sentimientos y tendencias a la acción propias del individuo, con relación al objeto en cuestión. Postulándose -- tres componentes principales de la actitud que deben investigarse, y encontrando congruencia en tre ellos tenemos una estrategia de investigación que mide las actitudes con mayor eficacia, sin descartar el hecho de que las conclusiones tendrían mayor validez si se hubiesen utilizado indicadores múltiples, esto es, además del cuestionario, observaciones de la conducta manifiesta reacciones a estímulos parcialmente estructurados o interpretación de ellos cuando impliquen al - objeto de la actitud o medición de reacciones - fisiológicas ante el objeto de la actitud, etc.

2.- METODOLOGIA

2.1.- PROCEDIMIENTO

Se procedió a elaborar un instrumento de investigación de actitudes, específicamente, un cuestionario para medir la actitud del médico residente en Psiquiatría ante el paciente alcohólico. Dicho instrumento se elaboró siguiendo el método de intervalos aparentemente iguales desarrollado por Thurstone y el método de estimaciones sumatorias desarrollado por Likert. Ambos métodos son similares en cuanto a que suministran técnicas para seleccionar, de un número grande de reactivos, un conjunto que constituye el instrumento de investigación o medición de una actitud.

Por el método de estimaciones sumatorias se seleccionaron catorce reactivos con criterios de consistencia interna.

Los sujetos investigados tuvieron cinco posibilidades de respuesta, siendo estas: Definitivamente sí, habitualmente sí, en ocasiones sí en ocasiones no, habitualmente no y definitivamente no. Se trata pues de un informe que el sujeto da de sí mismo en una aplicación colectiva del cues

tionario. Siguiendo el punto de vista de Katz, - Stotland y Kretch, en el instrumento se incluyeron reactivos que investigan las áreas: cognocitiva, afectiva y de tendencia a la acción del su jeto investigado (médico residente en Psiquiatría) con respecto al objeto de investigación (paciente alcohólico). Lo que se requiere como base de inferencia en el análisis de las actitudes, es conocer aún cuando sea una muestra de los sentimientos, creencias y tendencias a la acción propias del individuo encuestado con respecto al objeto en cuestión. Postulando tres componentes básicos de la actitud, tendremos bases legítimas de inferencia de la actitud que se pretende investigar. Algunos de los reactivos se elaboraron invertidos con objeto de no influir en las respuestas, esto es, en algunos, el marcar definitivamente sí ó - habitualmente sí, connota rechazo, pero en otros lo que reporta es aceptación (anexo No. 1).

Se aplicó el cuestionario a manera de prueba a quince médicos no psiquiatras: tres cirujanos, cuatro pediatras, tres fisiólogos, dos médicos - generales, un oncólogo y dos gineco-obstetras, - para tener su opinión acerca de si el cuestioná-

rio medía lo que se pretende medir, y si lo encontraban o no tendencioso, se aplicó asimismo - a seis médicos psiquiatras con el mismo fin y el consenso general fué el de que el instrumento medía lo que se deseaba y llenaba los requisitos - necesarios para ser aplicado.

Se procedió a aplicarlo a residentes de primero y tercer años de la especialidad de Psiquia--tría, médicos residentes tanto del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la S.S.A. como del Instituto Nacional de Neurología, Hospital Español, del ISSSTE e IMSS. Propositivamente no se aplicó a médicos residentes del segundo - año para valorar si existía o no diferencias de actitud entre los dos grupos.

Se aplicó a treinta y tres residentes del primer año y treinta y tres del tercero, se les explicó previamente que se trataba de "una investigación sobre alcoholismo", evitando mencionar - que se trataba de un instrumento para medir actitudes, esto con la finalidad de reducir al mínimo la manipulación que se pudiera hacer del test si se estaba enterado de que se pretendía medir una actitud. Obviamente, los cuestionarios fue--

ron llenados en forma anónima, no se dió límite de tiempo para contestar ni se les hizo ninguna aclaración respecto a los diferentes reactivos.

2.2.- ANALISIS

Al vaciar los datos para el análisis estadístico, estos se agruparon de cinco opciones posibles a tres, quedando bajo el rubro de aceptación, aquellos que respondieron "definitivamente sí" y "habitualmente sí" y como rechazo los que señalaron como respuesta "definitivamente no" y "habitualmente no", los que respondieron el inciso señalado de "en ocasiones si en ocasiones no" fueron registrados como indiferencia. (desde luego, la calificación fué a la inversa en las preguntas invertidas). De esta manera, quedaron tres modalidades que son: aceptación, rechazo e indiferencia. Se procedió a cuantificar el número de respuestas positivas a : aceptación, indiferencia o rechazo en cada uno de los sesenta y seis sujetos a quienes se les aplicó el cuestionario. La forma en que se procesaron los datos obtenidos fué utilizando proporciones para cada una de las respuestas de cada residente, obteniéndose de esta manera un perfil personal de la actitud hacia el objeto de estudio. Se calificó como actitud de predominante rechazo a aquellos individuos que en su perfil personal obtuvieron

un porcentaje mayor al 50% en el renglón correspondiente a rechazo. Se encontró que en el grupo de residentes del primer año veinticuatro de los treinta y tres encuestados obtuvieron un porcentaje mayor al 50%, lo que aplicando proporciones corresponde a un 72% de los residentes de primer año. En el grupo de los residentes de tercer año el número de individuos que en su perfil personal de actitud obtuvieron un puntaje superior a 50% en el renglón de rechazo fué de veintiuno - que corresponde al 63% del total de treinta y tres residentes encuestados.

(ver tabla No. 1)

Con la finalidad de tener una visión de conjunto de la actitud que como grupo reportaron los residentes de primero y los de tercero en relación con el objeto de estudio, se hizo la sumatoria de los valores numéricos obtenidos en cada una de las respuestas divididas entre el total de residentes de cada año respectivamente, obteniéndose de esta manera un promedio que refleja la actitud del grupo en cuanto a tal.

(ver anexo No. 2 y tablas Nos. 2, 3 y 4).

TABLA No. 1

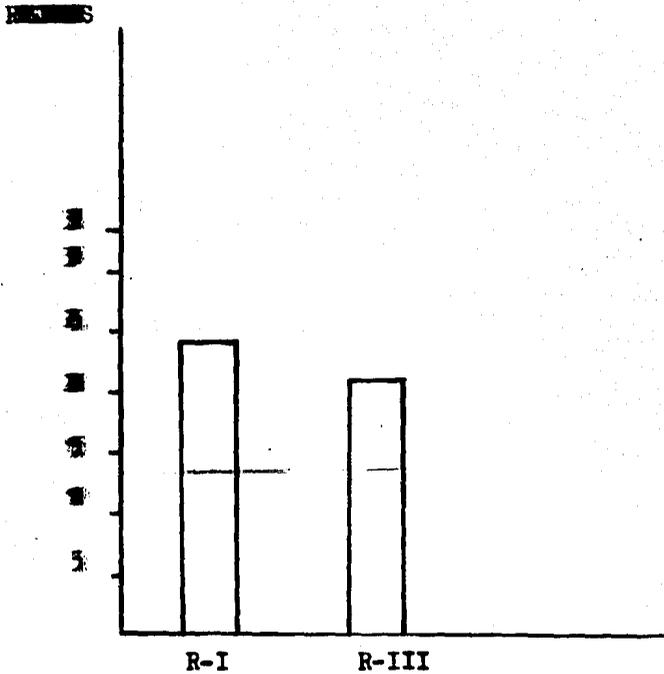
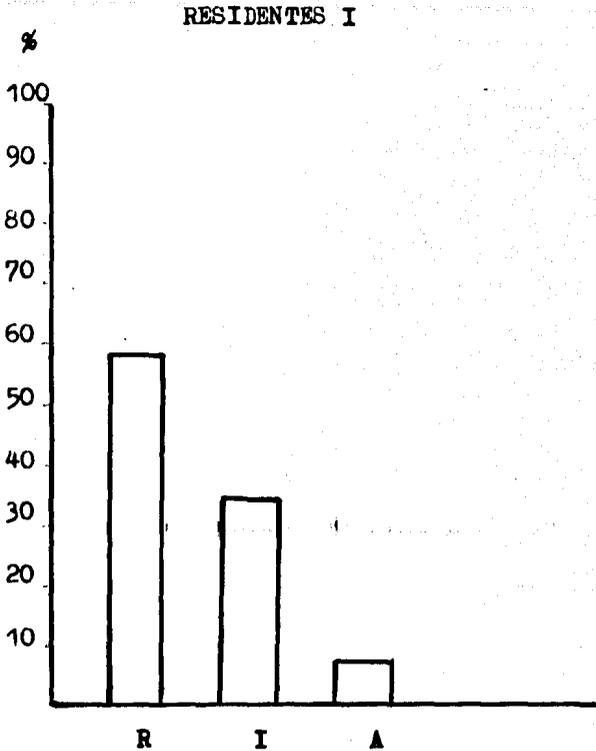


GRAFICO QUE REPRESENTA EL NUMERO DE RESIDENTES QUE EN EL PERFIL PERSONAL DE ACTITUD REPORTARON RECHAZO PREDOMINANTE.

R-I - 24 RESIDENTES

R-III- 21 RESIDENTES

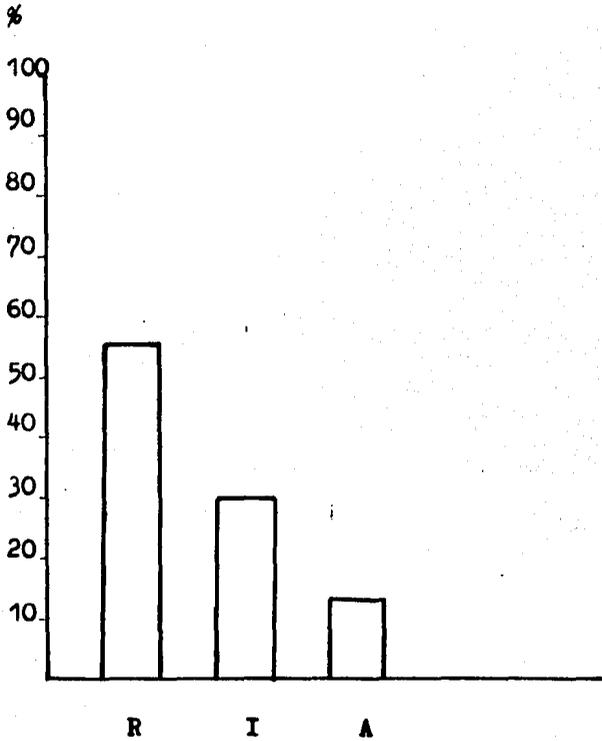


R.- RECHAZO	58%
I.- INDIFERENCIA	34%
A.- ACEPTACION	8%

GRAFICO QUE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE ACTITUDES DE ACEPTACION, INDIFERENCIA y RECHAZO EN LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO.

TABLA No. 3

RESIDENTES III



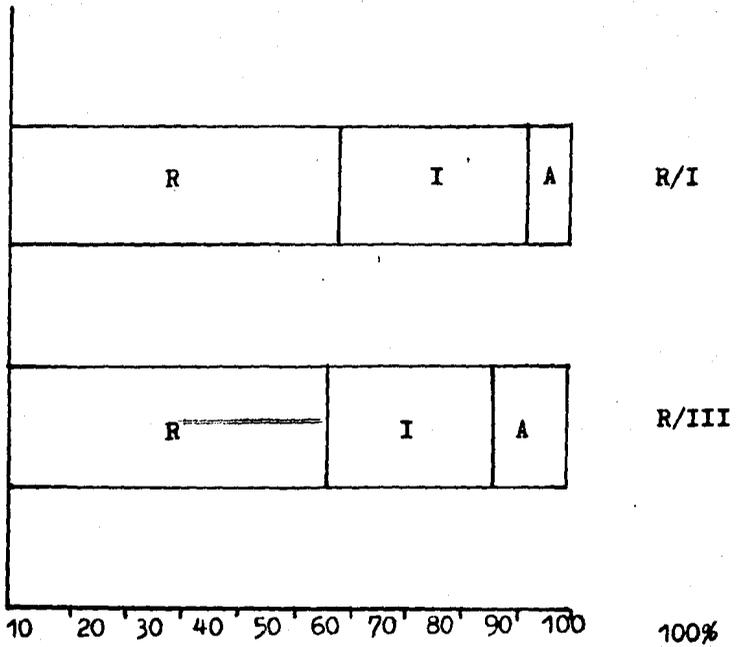
R.- RECHAZO 56%

I.- INDIFERENCIA 30%

A.- ACEPTACION 14%

GRAFICO QUE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE ACTITUDES DE ACEPTACION, INDIFERENCIA Y RECHAZO EN LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO.

TABLA No. 4



R-I

RECHAZO 58%

INDIFERENCIA 34%

ACEPTACION 8%

R-III

RECHAZO 56%

INDIFERENCIA 30%

ACEPTACION 14%

GRAFICO QUE MUESTRA COMPARATIVAMENTE LA DISTRIBUCION DE ACTITUDES EN AMBOS GRUPOS DE RESIDENTES.

Para probar diferencias significativas en las actitudes de rechazo y aceptación entre los residentes de Psiquiatría del primero y tercer años, se utilizó la prueba estadística paramétrica de la mediana de Mood y Westenberg. Debido a la repetición de cifras y al tamaño de la muestra (relativamente grande), se eliminaron los valores idénticos a la mediana (procedimiento de Siegel).

2.3.- RESULTADOS

Se probaron las hipótesis nulas de no diferencia entre las actitudes de rechazo y aceptación de los residentes de Psiquiatría de primero y tercer años, con un nivel de confianza de 95 % ($\alpha = .05$) y un grado de libertad. El valor crítico para estos criterios tomados de la tabla χ^2 que se utiliza en la prueba de la mediana, fué de 3.841 .

Para la actitud de rechazo, la χ^2 calculada fué de .0035 , la que, siendo menor al valor crítico no permite rechazar la hipótesis nula. Para la actitud de aceptación la χ^2 calculada, de 1.75, tampoco rechaza la hipótesis nula (ver anexos No. 3 y 4).

Las muestras estudiadas permiten concluir que no existen diferencias significativas en las actitudes de aceptación y rechazo de los residentes de Psiquiatría de primero y tercer años.

3.- RESULTADOS

3.1.- CONCLUSIONES

Es evidente que existe un rechazo por parte de los médicos residentes de Psiquiatría tanto del primero como del tercer años del postgrado hacia el paciente alcohólico, como lo demuestra el hecho de que un 72% de los residentes de primero y un 63% de los de tercero, reportan una actitud de rechazo predominante en el perfil personal obtenido con el cuestionario, y en la valoración global en cuanto a grupo, un 58% de residentes de primero y un 56% de los de tercero, reportaron rechazo. La diferencia de actitud entre los dos grupos no resulta significativa, esto es no se puede apreciar diferencia estadísticamente significativa de la actitud de rechazo ó de aceptación de ambos grupos de residentes hacia el paciente alcohólico.

Este rechazo, confirmado con el instrumento de investigación diseñado con tal fin, resultó menor del que originalmente se esperaba a través de la observación empírica de la actitud, tanto del personal médico como el paramédico hacia el paciente alcohólico.

Es de suponerse que las actitudes hacia este tipo de pacientes han cambiado y seguirán cambiando, en el sentido de mayor aceptación y comprensión del mismo. Desgraciadamente, no se encontró ningún estudio previo semejante al presente, esto es, no se encontró ningún análisis de la actitud del médico psiquiatra frente al paciente alcohólico, en una revisión que se hizo de la bibliografía disponible en diferentes bibliotecas como la del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M., de la Facultad de Psicología, del Instituto Mexicano de Psiquiatría, así como tampoco se encontró consultando en el Centro Nacional de Información y Documentación en Salud de la S.S.A.

Hubiese sido interesante comparar los resultados obtenidos tiempo atrás con los que se reportan en el presente estudio. Sin embargo, las diferentes citas mencionadas en antecedentes permiten legítimamente suponer que la actitud de rechazo y hostilidad hacia este tipo de pacientes es un fenómeno de observación común. Seguramente que esta situación está cambiando conforme los programas de detección oportuna de casos y de

prevención son impulsados en nuestro país, De esta manera, el alcohólico que llegue a solicitar servicios médicos, no será el alcohólico deteriorado, con complicaciones médicas y psiquiátricas importantes que lo hacen tan difícil de manejar y provocan tantas frustraciones al médico, que hace su mejor esfuerzo para ayudarlo. Al respecto el Dr. José Elizondo López en su artículo titulado "Influencia de los aspectos sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico" publicado en 1983 por la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. afirma: "En los últimos tiempos ha cambiado mucho el panorama del tratamiento y rehabilitación de los alcohólicos. El término "alcohólico" ya resulta insuficiente en nuestra época, pues tradicionalmente este concepto se limitaba exclusivamente a una pequeña parte de la población que había desarrollado dependencia física y psíquica al etanol y, por lo tanto, los programas de asistencia y rehabilitación para alcohólicos eran muy individualizados, limitándose casi exclusivamente a los efectos, más que a las causas. El reconocimiento de este hecho hizo cambiar la conceptualización del

fenómeno por lo que en nuestros días se han rebasado las fronteras del tradicional concepto de alcoholismo hablandose ahora de problemas relacionados con el consumo del alcohol y, por lo tanto, se incluyen dentro de éste no sólo a los que han desarrollado una conducta patológica de tipo adictivo en relación al consumo del alcohol sino que prácticamente a toda la población consumidora que eventualmente pudiera desarrollar algún tipo de problema".

Evidentemente con este nuevo enfoque, el número de individuos que serían tributarios de ayuda psiquiátrica aumenta considerablemente, pero el paciente que llegara a solicitar ayuda estaría en mucho mejores condiciones tanto físicas como mentales, resultaría mucho mas accesible al tratamiento, lo cual ciertamente sería más gratificante para el médico, y cambiaría radicalmente la actitud hacia el paciente, ya que uno de los factores que se perfila como generador de la actitud de rechazo, es lo poco gratificante que resulta enfrentarse al paciente deteriorado por el consumo crónico de etanol, quien además reingresa frecuentemente, no regresa a sus citas de con

trol. Este es el paciente al que tradicionalmente se han orientado las tentativas de tratamiento y los resultados han sido precarios en relación al gran despliegue de esfuerzos humanos y costos financieros.

Resulta evidente que no existe ningún consenso general acerca de la definición de alcoholismo, incluso hay quienes afirman que este concepto es muy restringido para tratar de englobar en él a todas las personas que, de una manera u otra tienen problemas relacionados con el consumo del etanol. Prácticamente cada autor consultado, da su propia definición del concepto de alcoholismo. Por mencionar solo algunos, tenemos que para / Kolb y col. "alcohólico es un individuo cuya conducta se caracteriza por la ingestión excesiva - continua o episódica de alcohol. La adicción del alcohol es sintomática de un trastorno de la personalidad". (11)

Dr. Agustín Caso. "Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol, en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o cuando la ingesta de alcohol constituye un requisito indispensable para que -

la persona tenga funcionamiento socio-ocupacional normal. Alcohólico es cualquier persona que ingiere alcohol durante períodos y cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad y/o ajuste económico"(12).

Freedman y col: "El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico, manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización en detrimento de la salud física y mental, por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales"(13) .

Solomon y col: "El alcoholismo es un síntoma y - se deben de investigar las causas: sociales, neuróticas o psicóticas"(14).

Vallejo-Nágera: "Es el sujeto cuya vida individual familiar y social es distinta de como sería si no ingriese bebidas embriagantes"(15).

Mark Keller: "Es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así co

mo con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo"(16).

Eugen Bleuler: "Cuando el bebedor es claramente perjudicado por su vicio por lo que respecta a su estado somático, psíquico o su posición social se le califica de alcohólico"(17).

DSMIII: "Los síntomas esenciales de la dependencial del alcohol son tanto la existencia de una estructura patológica del uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al alcohol, como la presencia de tolerancia o abstinencia. La dependencia del alcohol también se denomina alcoholismo"(18).

Dr. J.L.Patiño: "Es un sujeto enfermo que se embriaga en forma crónica por necesidad patológica"

Debido a esta disparidad de criterios, se le pidió a los residentes encuestados que diesen una definición de alcoholismo y se encontró que los enfoques predominantemente mencionados para definir al alcoholismo fueron: a) el psicodinámico que lo considera la manifestación de un trastorno de la personalidad y b) el biológico que lo integra a la manera de la Psiquiatría tradicional como una enfermedad con etiología múltiple y con manifestaciones biológicas, psicológi-

cas y sociales. Solamente uno de los residentes encuestados da su definición apoyándose en el enfoque fenomenológico existencial.

En lo que respecta a la cantidad y frecuencia de la ingesta, hay quienes no lo mencionan, hay quienes lo incluyen en la definición dándole un lugar importante y algunos más afirman que independientemente de la cantidad y frecuencia de la ingesta, se puede ser alcohólico.

De los sesenta y seis residentes encuestados, 18 no dieron ninguna definición de alcoholismo y no fué por falta de tiempo, ya que como se ha mencionado, éste no se limitó. Podría tal vez, pensarse, a manera de hipótesis que no han dado una definición por la complejidad que encierra el tratar de definir el alcoholismo, o, quizá por que los múltiples enfoques que se le han dado al problema en los diferentes marcos conceptuales en lugar de esclarecer, confunden y finalmente no les ha quedado un concepto claro. - Estos 18 residentes representan un 27.7% de abstinencia. La mayoría de los residentes, esto es, el 60.60% que corresponde a 40 sujetos encuestados dan una definición que se ajusta en mayor o

menor medida. al enfoque psiquiatrico tradicional. Finalmente 7 médicos residentes tienen en su definición elementos psicodinámicos, es decir, lo consideran un trastorno de la personalidad y esto representa el 10.6% de la población encuestada.

(ver anexo No. 5)

La mayoría de los residentes en el área de la Psiquiatría conceptualizaron al alcoholismo dentro del marco referencial del Modelo Médico en concordancia con el enfoque de la Psiquiatría tradicional, al enfatizar que el ser humano es un ente bio-psico-social y que el alcoholismo se manifiesta en estas tres áreas y determina alteraciones en la totalidad integrativa del ser humano.

ANEXO No. 1

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1.- Se siente ud. capacitado para tratar a un paciente alcohólico?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

2.- Ha llegado ud. a considerar que el tratamiento adecuado para el alcohólico corresponda a otro campo que no sea el médico (ejm. AA)

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

3.- Ud. siente afecto positivo por sus pacientes alcohólicos?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

- 4.- Si ud. tiene opción de elegir, elige como pa-
ciente a un alcohólico?.
- a) Definitivamente sí
 - b) Habitualmente sí
 - c) En ocasiones sí, en ocasiones no
 - d) Habitualmente no
 - e) Definitivamente no
- 5.- Como se siente ud. frente al paciente alcohó-
lico?.
- a) Mejor que con otros pacientes
 - b) Igual que con otros pacientes
 - c) Peor que con otros pacientes
- 6.- Le proporciona satisfacciones tratar a pacien-
tes alcohólicos?.
- a) Definitivamente sí
 - b) Habitualmente sí
 - c) En ocasiones sí, en ocasiones no
 - d) Habitualmente no
 - e) Definitivamente no
- 7.- Que sensaciones despierta en ud. el reingreso
frecuente de sus pacientes alcohólicos?.
- a) Agradables
 - b) Indiferentes
 - c) Desagradables

8.- Que siente ud. al saber que su próximo pacien
te será un alcohólico?.

- a) Gusto
- b) Indiferencia
- c) Disgusto

9.- Se ha sentido ud. impotente frente al pacien
te alcohólico?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

10.-Si ud. tiene la posibilidad de canalizar al
compañero su paciente alcohólico, lo hace?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

11.-Concede ud. menos tiempo a la entrevista con
pacientes alcohólicos?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

12.- Compra ud. libros sobre alcoholismo?.

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

13.- Busca propositivamente información sobre - alcoholismo (revistas, conferencias etc.)?

- a) Definitivamente sí
- b) Habitualmente sí
- c) En ocasiones sí, en ocasiones no
- d) Habitualmente no
- e) Definitivamente no

14.- Que tanto le gustaría tener un lugar a donde canalizar a todos sus pacientes alcohólicos y no tratarlos ud.?.

- a) Mucho
- b) Regular
- c) Poco o nada.

ANEXO No. 2

RECHAZO		ACEPTACION	
R-I	R-III	R-I	R-III
1.- 28.56%	42.85%	21.42%	14.28%
2.- 57.13%	49.99%	7.14%	14.28%
3.- 57.14%	49.99%	21.42%	28.57%
4.- 57.13%	64.23%	7.14%	7.14%
5.- 78.57%	14.28%	0	28.52%
6.- 35.71%	57.14%	7.14%	7.14%
7.- 28.56%	28.52%	0	14.28%
8.- 81.71%	57.13%	0	14.28%
9.- 71.42%	14.28%	0	50.00%
10.- 57.13%	14.28%	7.14%	21.42%
11.- 35.71%	14.28%	14.28%	35.71%
12.- 57.14%	71.42%	21.42%	7.14%
13.- 57.13%	71.42%	21.42%	14.28%
14.- 39.71%	57.13%	7.14%	0
15.- 49.99%	14.28%	7.14%	64.28%
16.- 78.57%	64.28%	21.42%	7.14%
17.- 64.28%	57.14%	7.14%	0
18.- 42.85%	78.57%	28.57%	7.14%
19.- 57.13%	92.85%	7.14%	0
20.- 42.85%	14.28%	21.42%	35.14%
21.- 71.42%	71.42%	0	14.28%

22.-	71.47%	28.56%	7.14%	28.57%
23.-	57.13%	57.14%	0	0
24.-	42.85%	92.28%	0	0
25.-	78.57%	64.28%	0	0
26.-	57.13%	99.99%	0	0
27.-	57.13%	92.85%	0	0
28.-	57.13%	64.27%	7.14%	0
29.-	78.56%	92.85%	0	0
30.-	57.14%	85.71%	0	0
31.-	85.71%	92.85%	0	0
32.-	64.26%	57.13%	0	14.28%
33.-	57.14%	42.84%	7.14%	7.14%
<hr/>				
	1914.04	1870.51	278.62	435.06
	<u>58%</u>	<u>56%</u>	<u>8.44%</u>	<u>13.18%</u>

ANEXO No. 3

MEDIANA: 57.13

FRECUENCIAS POR ARRIBA Y POR DEBAJO DE LA MEDIANA

	R-I	R-III
POR ARRIBA DE LA MEDIANA	9	12
POR DEBAJO DE LA MEDIANA	11	15

χ^2 CALCULADA: .0035

ANEXO No. 4

ACTITUD DE ACEPTACION

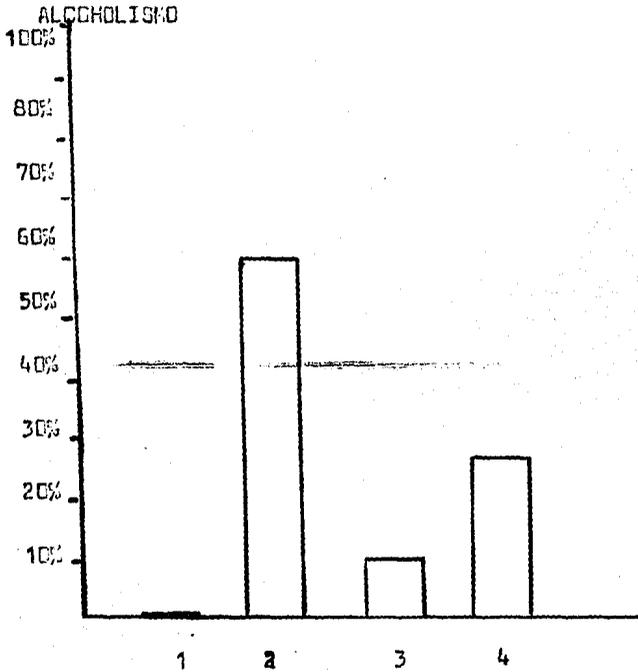
MEDIANA: 7.14

FRECUENCIAS POR ARRIBA Y POR DEBAJO DE LA MEDIANA

	R-I	R-III
POR ARRIBA DE LA MEDIANA	14	12
POR DEBAJO DE LA MEDIANA	8	15

 χ^2 CALCULADA: 1.75

GRAFICO QUE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE DEFINICIONES
DE LOS RESIDENTES EN CUANTO A LA DEFINICION DE



- 1.- 1.51% ENFOQUE FENOMENOLOGICO-EXISTENCIAL
- 2.- 60.60% ENFOQUE DE LA PSIQUIATRIA TRADICIONAL
- 3.- 10.60% ENFOQUE PSICODINAMICO
- 4.- 27.27% ABSTENCIONISMO

BIBLIOGRAFIA

- 1.- De la Fuente R.
Cuadernos de Psicología Médica
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

- 2.- Sullivan H.S.
"La entrevista Psiquiátrica"
Capítulo VI
Página 132
Ed. Psique

- 3.- Velazco Fernandez R.
"Esa enfermedad llamada Alcoholismo"
Capítulo 1.
Páginas 17 a 19.
Ed. Trillas

- 4.- Pucheu Regis C.
"Estado Actual y Perspectivas del problema de
la Farmacodependencia en México"
Trabajo presentado en el Simposium Internacio
nal sobre Actualización en Farmacodependencia
en 1979

5.- Velaszo Fernandez R.

"Esa enfermedad llamada Alcoholismo"

Capitulo I

páginas 20-25

Editorial Trillas

6.- Pucheu Regis C.

"El alcoholismo como problema de Salud Publica"

7.- Elizondo López J.A.

"Influencias de los Aspectos Sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcoholi
co"

Páginas 72-74

Ed. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

8.- Calderón A. Dr.

"Salud Mental Comunitaria"

Capítulo sobre Alcoholismo

Editorial Trillas

9.- Eleanor Hanna

Attitudes Toward Problem Drinkers

Journal of Studies on Alcohol

vol, 39 No 1 1978

10.- Gene F. Summers

"Medición de Actitudes"

Capítulo I

páginas 14-21

Editorial Trillas

11.- Lawrence C. Kolb

"Psiquiatría Clínica Moderna"

Cap XII páginas 55-52

Editorial La Prensa Medica Mexicana

12.- Caso Muñoz A.

"Tratado de Psiquiatría"

páginas 411-412

Editorial Limusa

13.- Freedman y col.

"Compendio de Psiquiatría"

páginas 427

Editorial Salvat

14.- Solomon P. y Vernon D. Patch .

"Manual de Psiquiatría"

páginas 183-189

Editorial Manual Moderno

15.- Vallejo-Nágera J.A.

"Introducción a la Psiquiatría"

página 319

Editorial Científico-Médica

16.- Mark Keller

"Alcoholismo"

páginas 79-80

Editorial Manual Moderno

17.- Bleuler E.

"Tratado de Psiquiatría"

páginas 315-323

Editorial Espasa-Calpe S.A.

18.- DSM III

Páginas 178-179

Editorial Masson