

125
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ALGUNOS FACTORES PSICOLOGICOS QUE
PROPICIAN ALCOHOLISMO EN MUJERES
MEXICANAS DEL DISTRITO FEDERAL".
(EXPLORATORIO)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

EFRAIN MANUEL RODRIGUEZ MEDINA

DIRECTOR DE TESIS,
LIC. PABLO S. REYES LOPEZ



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.

I N D I C E

	PAGINA
AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I. ANTECEDENTES	6
HISTORIA DEL ALCOHOLISMO	6
QUE ES EL ALCOHOLISMO	11
SINTOMATOLOGIA DEL PREALCOHOLICO	15
TOLERANCIA, ACOSTUMBRAMIENTO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL	19
FASES DE LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO	24
¿CUALES SON LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO?	26
CAPITULO 2. EL ALCOHOLISMO Y LA MUJER	30
QUE ES ALCOHOLICOS ANONIMOS	30
LA ASISTENCIA DE LA MUJER A LOS GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS	37
EL ALCOHOLISMO EN LA MUJER	42
METODO	45
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
HIPOTESIS DE TRABAJO	45
SUJETOS	45
ESCENARIO	48
INSTRUMENTOS	48
PROCEDIMIENTO	51
TIPO DE ESTUDIO	54

PROCESAMIENTO DE DATOS.	55
REPORTE DE LOS RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	58
RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA WAIS	69
INTERPRETACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI	77
INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS DE LAPIZ Y PAPEL (TECNICA KOCK)	84
ARBOL DE KOUK (TECNICA MODIFICADA)	84
FIGURA DE LA CASA	87
FIGURA DEL ANIMAL	88
FIGURA HUMANA	89
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.	92
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	98
LIMITACIONES	98
SUGERENCIAS	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	102
APENDICE I. ENTREVISTA ESTRUCTURADA QUE SE APLICO A TODAS LAS PACIENTES ALCOHOLICAS DE LA MUESTRA.	110

INTRODUCCION

El alcoholismo es un problema al cual se ha tenido que enfrentar el ser humano desde hace mucho tiempo, sin lograr encontrar una adecuada solución a este mortal problema. Hoy en día una gran cantidad de personajes dedicados a la investigación científica enfocan con todo el vigor de su trabajo para tratar de solucionar esta difícil situación, ya que el problema del alcoholismo, se ha tornado en una verdadera preocupación social. Nuestra sociedad mexicana es una de las más afectadas a nivel mundial; sin embargo resulta escasa la información bibliográfica, acerca de la rehabilitación y prevención del alcoholismo. Esto es debido a que la mayoría de los investigadores, posiblemente se han interesado en conocer las causas del alcoholismo, tal vez debido al deseo de ampliar los conocimientos acerca de la etiología de esta enfermedad y conocer mejor los agentes que propician el alcoholismo, en fin la información bibliográfica ha crecido, pero muy pocos autores han dedicado sus estudios a la mujer alcohólica. Asimismo son pocos los que han tratado de instituir una mejor rehabilitación de los alcohólicos (as), o bien de establecer un mejor control en el consumo y en la abstinencia por parte de los afectados por el alcoholismo, así como para prevenir tal enfermedad.

Siendo todavía menor el material que se avoque al estudio del alcoholismo de la mujer. Ya que un gran número de estudiosos, aseguran que el alcoholismo no tiene diferencias con respecto a los sexos, además de afirmar que los datos recopilados en el hombre tienen la misma etiología para la mujer, o que la etiología presentada es idéntica, siendo obvio que no son los mismos agentes que propician el alcoholismo en la mujer, con respecto al hombre y mucho menos van a ser los mismos factores que permitan una rehabilitación en ambos.

En la mujer el alcoholismo tiene su origen en situaciones completamente diferentes a las del hombre, tales como la presión social en la que se desenvuelve, desajustes familiares o emocionales, por lo que la rehabilitación obedece entonces a otros factores.

Y de acuerdo a la encuesta nacional de salud, el consumo de las bebidas alcohólicas por parte de la mujer se incrementa conforme avanza la edad de estas, además de proporcionar datos que hacen notar que la prevalencia de consumo de productos alcohólicos en forma preocupante difiere en gran medida que la del hombre, por ejemplo: la mujer divorciada o viuda presenta mayor probabilidad de padecer alcoholismo, lo cual no sucede con el hombre con las mismas características, observando también que entre más bajo es el nivel socioeconómico de la mujer es mayor el consumo de alcohol, siendo de importancia recalcar que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas se ha incrementado recientemente en la mujer que labora fueradel hogar.(1)

Dentro de la psicología clínica, resulta de gran importancia conocer las causas psicológicas que propician el alcoholismo en la mujer, por lo que es de especial interés de este estudio, determinar algunos de estos factores, para poder así ampliar en primera instancia los conocimientos acerca del alcoholismo como enfermedad en la mujer, además de permitir en gran medida, propiciar y facilitar posibles investigaciones posteriores, con las que se puedan formular los métodos y procedimientos que puedan prevenir dicha enfermedad.

Aunando que los resultados obtenidos en el presente estudio, podrán ser de utilidad y/o como pilar en el diagnóstico psicológico en la detección de este padecimiento, con lo que se tendrá mayores herramientas para poder establecer un tipo de terapia preventiva primaria o secundaria, según sea el caso.

El objetivo de este trabajo es intentar conocer algunos factores psicológicos que propician el alcoholismo en mujeres mexicanas, enfocando el estudio a un reducido número de mujeres alcohólicas, con el propósito de hacer una investigación de profundidad, que en base al método clínico, se pudiese establecer una mejor concepción de la dinámica psicológica del alcoholismo de la mujer.

Considerando que el alcoholismo es una enfermedad que además de lesionar físicamente afecta también psicológicamente, y que además de afectar al alcohólico (a), provoca diversas alteraciones y trastornos emocionales a los seres que rodean al alcohólico (a), sin dejar de mencionar que el alcoholismo afecta directa o indirectamente a la comunidad en que se desenvuelve la persona alcohólica, tomando en cuenta lo anterior, una investigación apoyada en el método clínico, con toda la información obtenida puede propiciar mayores beneficios para la sociedad en general.

Y debido a que en la actualidad, la situación socioeconómica y política que vive nuestro país y dado que la proporción que hasta hace años existía entre el número de alcohólicos y el número de alcohólicas se ha ido reduciendo paulatinamente, en lo personal me sentí motivado y preocupado para realizar -- una investigación que pudiese ser empleada para prevenir así, el problema del alcoholismo en la mujer.

Capítulo 1 Antecedentes

Historia del Alcoholismo.-

A lo largo del desarrollo de la sociedad humana se ha observado una gran cantidad de problemas; la cual se ha tenido que enfrentar a terribles cambios atmosféricos, intensas epidemias, innumerables enfrentamientos entre los mismos hombres, en fin no se podría terminar de enumerar todos los problemas sociales a los que se ha sometido la sociedad humana, pero si podemos mencionar uno con gran énfasis, que ha azotado a la humanidad a lo largo de la historia, me refiero al alcoholismo, que tal vez --
 dió inicio cuando el hombre estableció la sociedad con sus semejantes, ya que conforme a la experiencia de éste aprendió a ser social, de alguna forma descubrió que podía sobrevivir comiendo diferentes vegetales, de los cuales al extraer el jugo de sus frutos, podía elaborar una bebida que, además de proporcionar cualidades alimenticias, brindaba también cierto placer y deleite al ingerirlas. Así entre más conocía la naturaleza, aumentaba el conocimiento de los vegetales de los cuales podía extraer su jugo y elaborar otras bebidas que también le proporcionaban cualidades alimenticias, y que al ingerirlas podía experimentar una sensación de calor, placer e incluso tornaba al bebedor más alegre. De esta manera surgieron en la historia de la humanidad las bebidas alcohólicas, que conforme aumentaban los conocimientos del hombre, así como su experiencia en el --
 lento transcurrir de la historia, el hombre fué encontrando --
 otros frutos con los que se podía elaborar dichas bebidas, además de que iba encontrando mejores técnicas para su elaboración, con esto fué capaz de crear mitos y costumbres por lo --
 que las bebidas embriagantes cada vez más adquirían una mejor relación dentro de la sociedad, pues iban adquiriendo diversos dotes que las diversas comunidades les atribufan, siendo que --
 en algunos grupos étnicos las bebidas alcohólicas recibían do-

tes divinos, con lo que al inicio el alcoholismo era muy controlado, o tal vez no era un gran problema para la sociedad, pero si para los diferentes dirigentes de las antiguas culturas, ya que al ser consideradas las bebidas embriagantes como algo sagrado, los lideres podían ejercer un mejor control sobre los pueblos que gobernaban.

En cuanto la humanidad adquiría nuevos conocimientos y -- nuevas formas de vida, la adicción a los productos alcohólicos se hacía cada vez mayor. Así con la revolución industrial se -- realizaron sistemas de producción de las bebidas alcohólicas, con lo que se podía realizar una producción más acelerada, en donde se invertía menos y se lograban mayores ganancias, además de facilitar su adquisición, pues con la producción en masa se abarataba el costo de producción, aunque seguía vigente la norma de consumir bebidas alcohólicas de acuerdo al nivel -- socioeconómico de los distintos individuos que las adquirían y consumían.

Pero aquí no termina el problema, puesto que el avance de la ciencia, permitió a algunos hombres encontrar nuevas formas de fabricar los productos embriagantes y además inducir el alcoholismo masivo.

Los medios de comunicación han permitido aumentar la publicidad del alcohol, además de que se han convertido en el -- principal medio para enajenar a la población, haciéndole sentir por medio de la información subliminal que utilizan, la necesidad de pertenecer a otros grupos sociales de mayor nivel -- socioeconómico, creando en el ser humano una serie de complejos y sentimientos de inferioridad, así como de superioridad, propiciando una falta de identidad, etc. Provocando de tal modo la información subliminal una necesidad de manera inconscien

te de satisfacer todas esas carencias provocadas por los mensajes publicitarios.

En la actualidad el problema se ha hecho cada vez más --- preocupante, pues ha aumentado la producción de todos los productos alcohólicos, así como la población consumidora de tales, haciéndose mayor el número de alcohólicos (as) en el país.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de Cabildo H, 1975, el sexo masculino es el más afectado por - el alcoholismo, marcándose en dicha investigación una gran diferencia, siendo 15 varones por cada mujer alcohólica, sin embargo se debe tomar en cuenta que esta investigación fué realizada en 1975, por lo que en la actualidad la población alcohólica, tanto masculina como femenina debe haber aumentado; reduciéndose tal vez la relación entre los varones y las mujeres - que ingieren bebidas embriagantes o que son dependientes de dicha ingesta.

Es predecible que en la actualidad el índice de mujeres alcohólicas ha crecido, ya que en muchas de las veces, las restricciones de las que eran objeto han disminuído, además de -- que se han tomado inadecuadamente los logros que han obtenido los grupos feministas, que luchan por una igualdad de derechos de la mujer en relación a la participación de los hombres, lo cual han aprovechado algunas personas para favorecerse a ellos mismos, al abrir el acceso a mujeres a muy variados bares, cantinas y demás, encubriéndose con los ideales de la lucha del - feminismo; de que la mujer debe tener las mismas oportunidades que el hombre, aunque claro está, la lucha feminista busca una equidad participativa, pero para la superación y el progreso -

productivo de la propia humanidad, no una participación que -- destruya o estanque el desarrollo de los individuos dentro de su medio habitat.

Incluso se ha promovido la aceptación social de las mujeres que ingieren productos alcohólicos, sea la cantidad que -- sea, pero en ningún momento la sociedad se ha preocupado por -- conocer las razones que motivana a la mujer ingerir tales productos, mucho menos se ha mostrado un interés por hacer que aminoren los malestares que hacen recurrir a la mujer al alcoholismo.

Basta salir a las calles de algunas regiones de la ciudad para ver la gran cantidad de mujeres que ingieren algún producto embriagante, además se puede observar que esta ingesta no -- sólo se efectua en las calles de los barrios más pobres, se -- puede ver en diferentes medios de vida, dependiendo la condición económica de las bebedoras, asimismo se pueden ver muy -- distintos lugares en donde se ingieren bebidas embriagantes -- por mujeres, pero el problema no se queda ahí, ya que en torno del alcoholismo femeníl, también gira una gran cantidad de problemas sociales y psicológicos que contribuyen a facilitar o -- bien incrementar el alcoholismo en la mujer mexicana, algunos de los problemas más notables son: desempleo, prostitución, -- drogadicción, delincuencia, la crisis económica y política del país. Los cuales de alguna manera están muy vinculados al problema del alcoholismo.

Aunque ciertamente, la sociedad mexicana se ha caracterizado por acompañarse en diversas actividades de bebidas alcohólicas, convirtiendo de esta forma las actividades sociales en una serie de actividades alcoholizantes; ya que encontramos al

gún tipo de licor desde la celebración del nacimiento de un -- ser querido, los bautizos, quinceaños, graduaciones, bodas, ce -- nas, primeros trabajos, nombramientos, renunciaciones, triunfos, -- fracasos, actividades deportivas, etc., de hecho podríamos des -- cribir una innumerable lista de actividades que desarrolla el -- mexicano y/o en las cuales el principal punto de atención es -- el alcohol, por lo que podemos resumir, diciendo que el alcohol -- nos acompaña durante toda nuestra existencia desde el bautizo, -- hasta el velorio, rociando los momentos más importantes de -- nuestra vida.

Por lo que concierne al consumo de alcohol, por cada mexi -- cano se ha llegado a calcular, que cada individuo ingiere de -- 35 a 50 litros de licor al año, lo que representa una duplici -- dad de lo que se consumía en la década de los treinta, que -- era de 18 litros de alcohol por persona al año. El número de -- expendios de bebidas alcohólicas crece incesantemente por lo -- que el alcoholismo debe considerarse como una verdadera noxa -- social, con gravísimas consecuencias en cuanto a las perturba -- ciones de orden social y la facilitación de accidentes del ti -- po antisocial. (2)

Con los datos precedentes, se puede observar la casi nula -- preocupación por parte de las autoridades gubernamentales para -- combatir el alcoholismo en nuestro país, ya que en lugar de -- promover la reducción del consumo de alcohol, facilita que es -- te crezca, autorizando la apertura de nuevos expendios de bebi -- das, bares, etc., así como permitiendo en alto porcentaje la -- publicidad que utilizan las compañías vitivinícolas.

Si a todo lo anterior le agregamos la situación política -- y económica que nos afecta actualmente, en donde cada día au --
2.- Rev. de Psicología No 34.

menta la tensión y la preocupación de los individuos por la -- constante aceleración del proceso inflacionario, crecen los -- problemas de orden emocional y psicológico, por ello que el me -- xicano tal vez con mayor frecuencia recurra a las bebidas al -- cohólicas como un escape de la difícil realidad que nos rodea, a fin de aminorar la tensión emocional a la cual se ve sometido, siendo muy probable que por las situaciones por las que -- atraviesa la sociedad mexicana, crezca a pasos agigantados el alcoholismo, que en toda la historia de nuestra sociedad nos -- ha sometido y nos seguirá afectando en mayor medida, sino se -- hace antes algo que pueda prevenir el alto porcentaje de al -- coholismo dentro de la sociedad mexicana.

¿Que es el alcoholismo?

Tratar de hablar de alcoholismo es un tanto difícil, ya -- que en la actualidad ha pasado ciertos límites establecidos, -- para instaurar una definición que contemple la forma totalita -- ria de su concepción, pues algunos consideran al alcoholismo -- como un problema social, mientras que otros tantos han estable -- cido que el alcoholismo es una conducta de sujetos mal adapta -- dos psicosocialmente, sin embargo, no se ha podido establecer un concepto que pueda abarcar todos los aspectos que influyen o determinan el alcoholismo, por lo cual se presenta una serie de definiciones expuestas por algunos estudiosos del alcoholis -- mo, pretendiendo abarcar en tales exposiciones, una definición que contemple lo más relevante de dichas.

"Un grupo de síntomas caracterizado por un cambio de hu -- mor en el alcohólico, aumentó de los malestares psicosomáticos dolores de cabeza, náuseas, confusión emocional, con diversos -- grados de ansiedad" (3).

3.- BUD, citado en Valles, 1973.

"Un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de abstenerse de alcohol y la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada" (4).

"Es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la ingesta repetida de bebidas alcohólicas, hasta un punto que se -excede de lo socialmente aceptado, y que interfiere con la salud del bebedor, que provoca un desorden en la conducta y que interfiere también con las relaciones interpersonales, así como su capacidad para trabajar" (5).

"Psiquiátricamente se considera que existe alcoholismo a partir del momento en que las bebidas alcohólicas son susceptibles de causar daño cualquiera al consumidor, a la sociedad o bien a ambos" (6).

"El Alcohol puede ser ingerido para satisfacer también -- placeres sexuales, pero se observa más alcoholismo cuando existen frustraciones de este tipo".

"Freud comparó la relación entre amantes, con la del bebedor con el vino, a la vez que sugirió el uso del alcohol como objeto" (7).

4.- OMS, citado en la Rev. de la Fac. de Medicina, UNAM, 1976.

5.- Centro de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Rev. Médica, 1976.

6.- OMS, citado en Ey H, 1981.

7.- Freud S, citado en López, 1969.

"Frecuentemente dice Fouquet (1955), la ingestión de alcohol tomado a la manera de una droga no representa más que un síndrome de la organización neurótica" (8).

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, por naturaleza mortal" (9).

Así a partir de las definiciones anteriormente presentadas se intenta hacer una definición que contenga los conceptos de mayor importancia de las mismas, quedando como sigue:

El alcoholismo es una dependencia hacia el alcohol, la cual se inicia con una obsesión por tomar bebidas alcohólicas convirtiéndose después en una compulsión por beber, esto se presenta en individuos que tienen un desorden esencialmente de origen psicológico, además de presentar una desadaptación social, que al ingerir productos alcohólicos alteran su conducta con el medio ambiente en el cual se interrelacionan, pudiendo provocar un consumo excesivo de alcohol, así como un daño físico progresivo, que es irreversible y de continuar la ingesta puede provocar la muerte del individuo alcohólico.

Asimismo, se puede observar que existen diversas profesiones u oficios que requieren un constante desplazamiento o separación de los hogares (marinos, soldados, choferes, agentes viajeros, etc.), que presentan una estrecha relación con el consumo de bebidas alcohólicas, ya que de esta manera algunos individuos que realizan este tipo de actividades logran una adaptación a su vida gregaria (Ey H, 1981)

8.- Citado en Ey H, 1981.

9.- Referida por alcohólicos Anónimos.

"Parece también que puede desempeñar un papel en el hábito del alcoholomaniaco ulterior una relación con otros alcoholomanos, sobre todo en el primer período de la vida, cuando los mecanismos de imitación inconscientes de identificación son más fáciles. Así se encuentra con frecuencia un padre alcohólico en casa de un alcoholomano, este mecanismo se convierte entonces en -- uno de los factores "heredoalcoholismo clásico".

"Pero debe atribuirse un papel importante a los estándares culturales referentes al acto de beber (acto de beber no importa en que momento y no importa en que lugar) y de la actitud social respecto al bebedor y más particularmente al estado de -- briaguez excesiva, otras veces de una repobación rigurosa (como es el caso del alcoholismo femenino)" (10).

Por otra parte se puede considerar al grupo social como -- una influencia notable en el individuo, para que consuma algún tipo de bebida alcohólica, ya que éste puede manejar la presión ejercida de una forma eficaz, puesto que si un individuo que se encuentra en medio de un grupo bebedor, va a sentir la presión ejercida por éste, no teniendo mayor alternativa que imitar la conducta del resto del grupo, tal es el caso de las prostitutas, personas que laboran en centro nocturnos, meseros, cantineros, artistas, entre otros.

Otra de las circunstancias causales del alcoholismo puede ser que el bebedor encuentra en el lugar donde bebe y en los individuos con quienes bebe, alguna forma de satisfacer diversas necesidades que por sí solo no puede resolver, como: seguridad, el sustituto afectivo, aprobación social, malas relaciones interpersonales, incapacidad de relacionarse con personas del sexo opuesto, minusvalía, mala identificación psicosexual, etc.,
10.- Ey H, 1981.

Todas estas situaciones pueden ser reales o bien el alcohólico (a) puede creer que estas necesidades pueden ser resueltas en compañía de los otros bebedores, incluso pueden dejar de percibir que estos medios son hostiles hacia su persona, lo cual no va a ser otra cosa que el reflejo con mucha frecuencia de regresiones o fijaciones a una etapa infantil no resuelta o mal superada.

Así mismo se pueden encontrar factores socioeconómicos que pueden ser causantes directos o indirectos del alcoholismo, algunos de ellos, podrían ser los siguientes: la crisis económica actual del país, la explosión demográfica, el alto índice de desempleo, la falta de viviendas de carácter propio, la ideología machista que prevalece en nuestra sociedad, el constante uso y abuso de las bebidas alcohólicas para festejar o dolerse de situaciones trascendentales en la vida individual y familiar, lo que puede causar que algún miembro de la familia beba tan so lo por imitación, los anuncios publicitarios de los productos alcohólicos, así como los mensajes subliminales en ellos encontrados.

Y por supuesto todos aquellos traumas y frustraciones psicológicos del individuo, pueden ser en gran medida las causas del alcoholismo, pero de ello se hablará más tarde.

Sintomatología del prealcohólico.-

El alcoholismo difícilmente da inicio al ingerir los primeros tragos, sin embargo, estas primeras copas presentan una relativa influencia en el individuo, ya que de acuerdo a la manera de responder ante la bebida alcohólica se puede determinar como es el grado de placer ante dicha bebida, incluso según sea

la reacción del sujeto, se puede inferir si puede existir una - futura dependencia, pero al decir esto se podría señalar que si en un principio se puede diagnosticar el alcoholismo, lo que en realidad es muy difícil de lograr a pesar de los resultados de algunos estudios que apoyan la afirmación anterior, puesto que las bebidas embriagantes van a actuar de muy variadas formas en el organismo humano, siendo que en ocasiones en un mismo individuo, el alcohol actúa diferentemente, provocando diversas reacciones, mucho menos se va a observar esta disparidad ante varios sujetos, los productos alcohólicos por lo tanto actúan de diferente modo. Es por esto que no se puede hacer una generalización después de observar que en varios miembros que al presentarse cierto agrado ante las primeras copas y que lleguen a convertirse alcohólicos, además de que al generalizar este tipo de conductas, se estaría cayendo en una actitud anticientífica, -- además de que este tipo de argumentos carecen de una adecuada - confiabilidad.

Ahora bien, si de acuerdo al tipo de reacción ante las primeras copas de alcohol, en especial siempre que existiera cierto placer y agrado al ingerirlas, encontraríamos de tal forma - que todas las personas que inician una conducta de ingestión de algún producto alcohólico, tarde o temprano se tornarían en personas alcohólicas, a lo cual de ser cierto, dejaría un innumerable grupo de alcohólicos dentro de la sociedad, probablemente - existiría por lo tanto un reducido número de personas sanas, -- con respecto al alcoholismo en la humanidad, pero afortunadamente no es así como se inicia el alcoholismo. Esto lo podemos ver de manera más clara al retomar el ejemplo de los catadores de - vinos, quienes a pesar de tener un constante contacto con productos alcohólicos, además de manifestar una sensación de placer al ingerirlas, difícilmente llegan a convertirse en personas afectadas por el alcoholismo, ya que las condiciones de su

propio empleo, no les permite abusar de ninguno de los productos que contienen alcohol, pues de lo contrario presentarían un acostumbamiento además de una tolerancia hacia tales, no pudiendo distinguir las cualidades e imperfecciones de otras bebidas al ser catadas, además de que un mismo día ya no pueden probar más que un determinado número de bebidas, ya que aún en la cantidad más mínima las papilas gustativas, pierden la cualidad de percibir en forma eficaz estos productos.

Ahora bien en las personas que no saben tomar las bebidas alcohólicas, y como es común en gran parte de nuestra sociedad, al iniciar una ingestión de tales brebajes, las personas presentan una sensación de desagrado, ya que por lo general se van a ver influidas por las costumbres existentes, o bien por las que el grupo suele establecer, como por ejemplo, la presión en el bebedor novato, el cual en lugar de encontrar algún deleite en dicha bebida, experimenta sensaciones opuestas al placer, puesto que existe la tendencia de tomar la primer copa de golpe, es decir de un sólo trago, lo que origina en el organismo una percepción en el líquido alcohólico, como algo dañino y nocivo, sintiendo que se le está agrediendo, con lo que el sujeto produce una respuesta de rechazo a la bebida que esté ingiriendo, pero no hay que olvidar que el grupo social se encuentra a la expectativa y si el sujeto, cualquiera que sea su sexo, opte por rechazar o seguir bebiendo, con lo que va a recibir todo un conjunto de reproches por parte del resto del grupo, a los que difícilmente va a poder soportar y debido a la presión psicológica de la cual es presa en ese momento, va a presentar una gama de conductas de valentía y reto, con lo que accederá a continuar la ingesta, aceptando tomar la segunda copa, hasta convertirse en varias, incluso puede llegar a un estado de ebriedad. Pero lo que aún es peor el grupo no se va a conformar con

ver al "novato bebedor", mareado, chistoso, etc., sino que va a seguir ejerciendo una presión psicológica en el novato, ya que por lo general en la sociedad mexicana este tipo de personas se convierten en los bufones de todos, por lo que de ninguna manera se va a permitir que la diversión cese, reflejando el nivel coercitivo del grupo a fin de que el bebedor inexperto les siga proporcionando una diversión.

Todo este conjunto de conductas va a ser determinante importante para hacer que las personas que no habían realizado -- una ingestión de productos alcohólicos, repita una vez más, dicha conducta y depende del malestar que se experimente en la -- primera ocasión, que el individuo decida volver a tomar las bebidas alcohólicas, o decida no volver a hacerlo. Sin embargo es tan grande la inconsciencia de las personas que forman parte -- del grupo del bebedor novato y que son consumidores de los productos embriagantes, que van a ejercer una constante presión sobre el individuo que realizará su primer conducta de ingerir alguna bebida, que van a procurar que esta conducta sea repetida, sin dejar que la persona inexperta decida por sí misma.

Por otra parte el bebedor novato se va a encontrar con un constante presumir de otros bebedores, en lo que respecta a los deleites experimentados por ellos, así como por otras manifestaciones de aparente beneficio ante el grupo social, como puede ser el rompimiento de una timidez, de establecer una relación interpersonal con el sexo opuesto. Así el individuo novato va a verse estimulado para realizar todas aquellas satisfacciones -- que le han presumido, y si el sujeto es una persona de carácter débil, además de presentar diversos problemas emocionales, va a acceder a volver a tomar, y si con estos productos encuentra un relativo alivio a sus problemas seguirá repitiendo las conductas de ingestión de bebidas embriagantes.

De tal forma cuando el presunto alcohólico, conforme crezcan sus tensiones, así como sus problemas, esta persona va a incrementar las ingestas de bebidas alcohólicas, aceptando todas aquellas invitaciones que los integrantes de su círculo social le hagan para tomar algún licor, incluso si el deseo de alivio a sus problemas es mayor que la de los demás, que este va a propicuar alguna actividad en donde se pueda hacer uso de las bebidas alcohólicas, siendo que al principio el nuevo bebedor tan solo va a buscar el "alivio" a sus problemas mediante la ingesta ocasional de alcohol, pero cada vez se va a ir haciendo más común esta conducta, hasta que se logre una resistencia a las tensiones disminuida y tenga que recurrir al alivio experimentado al tomar algún producto embriagante, de modo casi constante, hasta lograr una tolerancia y lo que es más grave, un acostumbramiento y una dependencia al alcohol.

Tolerancia, acostumbramiento y dependencia al alcohol.-

"Las reacciones del alcohol (tolerancia, acostumbramiento y Dependencia al alcohol) dominan toda etiología de la conducta de alcoholización".

"La tolerancia puede ser definida como la relación que existe entre la concentración de alcohol en el organismo y el grado clínico de intoxicación, la embriaguez, por ejemplo. La tolerancia varía con la edad, el sexo y otros factores que estudiaremos más adelante (predisposiciones hereditarias, hábitos alimentarios, vida, estado orgánico y psíquico, antigüedad de la intoxicación, etc.)."

"Para que el alcohólico busque una satisfacción en beber y se habitúe debe tener de antemano un mínimo de tolerancia que -

le ponga al amparo de los grandes trastornos organo-vegetativos (digestivos, hepáticos, nerviosos) y como consecuencia de una forma de acostumbamiento que haga del alcohol una especie de alimento suplementario, que se ha convertido en necesario para su metabolismo perturbado. Partiendo de esta idea, es como varios autores (Lecock, 1947; J.J.A. Smith, 1949) han admitido que los trastornos humorales del alcoholismo puedan condicionar a su vez el hábito alcohólico. Pero es muy importante también observar que la intolerancia al alcohol puede presentarse con dosis muy débiles, incluso ínfimas y ocasionar entonces un síntoma particular que es, no ya la embriaguez, sino el deseo de beber de nuevo".

"Cualquiera que sea el grado de tolerancia con respecto al alcohol, el sujeto puede sufrir más o menos rápidamente una verdadera dependencia con respecto a los tóxicos. Habitualmente esta supeditación se instala lentamente, con frecuencia varios años después del comienzo de la alcoholización. En el transcurso de este período se observa generalmente un aumento progresivo de la dosis, en función de la tolerancia. Después el consumo permanece habitualmente estable durante mucho tiempo, mientras que se instala un modo de existencia patológico que descubriremos más adelante". (11).

Al tratar de valorar los factores etiológicos del síndrome de dependencia al alcohol, se podría llegar a pensar que los elementos de mayor valor son aquellos que de manera más fácil pueden ser definidos, reconocibles y demostrables. Así con todo esto se podría considerar como verdaderos alcohólicos a aquellos individuos que presentan una dependencia física con una historia de varios años, la cual en el momento de realizar una

supresión de la ingesta de alcohol, se convierte en el síndrome de abstinencia, el cual es un estado patológico, del cual se hablará posteriormente.

Sin embargo por desgracia, no se ha logrado conocer algo más acerca de la dependencia física, pues en gran mayoría de los casos se tiene que confiar en los alcohólicos cuando se pretende investigar esta faceta del alcoholismo, debiendo aceptar la información que ellos refieran, de acuerdo a la autoobservación del tiempo que exista una dependencia física, y es común que cuando aceptan expresar estos datos, ya sea porque recurren en busca de ayuda profesional o bien porque el profesionalista por diferentes objetivos pretenda investigar este factor, o bien porque la sintomatología de los individuos es hasta cierto grado patológica, encontrando entre los síntomas principalmente: olvidos, distorsiones y omisiones conscientes o inconscientes, siendo una manera poco confiable científicamente para intentar generalizar las respuestas que proporcionen los alcohólicos. Ahora bien por ser la única forma en que se puede obtener una información más eficaz, que determine la adecuada información acerca de la dependencia, la tolerancia y el acostumbamiento al alcohol.

De acuerdo a los estudios de Mello y Mendelson, los cuales investigaron a 129 alcohólicos, confiando en la propia reconstrucción de los hechos, realizada por los alcohólicos, se puede llegar a concluir que el volumen de alcohol consumido no permite hacer predicciones con bastante certeza de cual es el tiempo que puede tomar el desarrollo de la dependencia física, así como la aparición del síndrome de abstinencia. En este estudio se obtuvieron resultados en donde para que se presente dicho síndrome es necesario un mínimo de dos años de una excesiva ingesta de alcohol, mientras que el 72% de la muestra es-

tudiada, son necesarios por lo menos 5 años para que se llegue a una dependencia física inconfundible. En este estudio parece mostrarse que el desarrollo del alcoholismo es independiente de la concentración de alcohol en la bebida preferida, presentándose de manera más tardía la dependencia, cuando se trata de cerveza y vino, claro está, que esto no es suficiente para afirmar que el alcoholismo se desarrolle más rápidamente al aumentar la concentración de las bebidas alcohólicas, sin embargo si se puede decir que de acuerdo a la concentración de alcohol en el cuerpo, siendo ésta suficientemente alta y que de acuerdo a la frecuencia en que se administre esta dosis, va a ser el tiempo que requiera el bebedor para mostrar una dependencia física al alcohol (12).

Por otra parte, dentro de la etapa de dependencia física, el alcohólico empieza a mostrar rasgos de conducta muy específicos; primero empieza a aumentar la dosis autoadministrada, siendo que ya no se conforma tan sólo con beber para acompañar la ocasión (comidas, eventos sociales, etc.) sino que empieza a crear ocasiones y actividades en donde socialmente se acepte la ingestión de bebidas embriagantes, pero es característico encontrar la siguiente frase: "la próxima vez que tome lo haré con moderación", con esta frase el alcohólico trata de defenderse de aquellos seres que empiezan a criticarle y hasta a reprocharse su forma de beber, y con respecto de los estados de embriaguez que cada vez son más frecuentes. Otra característica muy singular de los dependientes alcohólicos, es empezar a decirse a sí mismos y a los seres queridos que van a dejar de beber o bien que lo hará con mayor prudencia, asimismo al encontrarse dentro de un medio en el cual se está realizando el consumo de algún producto alcohólico, puede manifestar a sus acompañantes una insatisfacción en el ritmo que mantengan sus

12.- Tomado de Velazco Fernández, 1982.

compañeros para ingerir, reclamándoles que en lugar de tanta palabrería o de tanta actividad (sea cual fuera), tomen más, o bien empieza una presión que los demás tomen de una manera más acelerada.

Ahora bien, aquel individuo que acostumbra acudir a bares y cantinas, va a reclamarle constantemente al cantinero o barman, que su copa no tiene el suficiente alcohol, pidiendo a cada momento que se le sirva más alcohol, ya que el no es capaz de hacer una diferenciación plena del contenido de alcohol y del otro componente de la preparación que esté consumiendo.

Sin embargo la dependencia física se hace manifiesta por completo, cuando el alcohólico determina horarios y lugares para ingerir las bebidas alcohólicas, haciéndose más severa en el momento en que el alcohol acompaña los diferentes estados emocionales que experimente el bebedor, (ansiedad, depresión, cansancio, euforia, etc.) siendo bien observable que dicha persona para poder enfrentarse a la realidad y a todos los problemas, que el resto de la humanidad puede enfrentar, sin necesidad de ingerir alguna bebida.

Ya cuando la dependencia es bastante seria, el alcohólico se caracteriza por decir mentiras, hacer falsas promesas con respecto al uso excesivo e inmoderado, y que busca a toda costa un trago, sin importarle, ni el lugar en donde se encuentre, ni las personas con quien esté, y cuando se prolonga el tiempo de su abstinencia, se muestra bastante irritable, habiendo un notable cambio emocional al comenzar a ingerir alguna bebida embriagante, procurándose algún licor más fuerte que el acostumbrado. (13).

13.-Tomado de Velazco Fernández R, 1982.

Fases de la Enfermedad del alcoholismo.-

- I.- Fase prealcohólica.
- Alivio ocasional de las tensiones por medio de las bebidas.
 - Alivio constante por medio de las bebidas.
 - Aumento de la tolerancia al alcohol.
- II.- Fase predrómica (malestar que precede una enfermedad).
- 1.- Amnesia alcohólica.
 - 2.- Beber subrepticamente "o de escondidas"
 - 3.- Preocupación por el alcohol.
 - 4.- Beber con avidez
 - 5.- Sentimientos de culpa por la manera de beber.
 - 6.- Se evita hablar del alcohol en las conversaciones.
 - 7.- Aumento de la frecuencia de las lagunas mentales.
- III.- Fase crucial o crítica.-
- 8.- Pérdida de control (desenfreno, agresividad, etc.)
 - 9.- Racionalización de la bebida.
 - 10.- Se trata de neutralizar las presiones sociales.
 - 11.- Comportamiento grandioso y fanfarrón.
 - 12.- Conducta marcadamente agresiva.
 - 13.- Remordimientos persistentes.
 - 14.- Período de completa abstinencia.
 - 15.- Alejamiento de los amigos.
 - 16.- Intentos de cambios en la manera de beber.
 - 17.- Renuncia a empleos.
 - 18.- La bebida llega a ser el centro de las actividades.
 - 19.- Pérdida de los intereses externos.
 - 20.- Cambio en la interpretación de las relaciones interpersonales.
 - 21.- Compasión de sí mismo (actitud de mártir)
 - 22.- Escape geográfico (escondarse, fugarse, perderse, etc.)

- 23.- Cambio en los hábitos familiares.
- 24.- Resentimientos irracionales.
- 25.- Protección de su abastecimiento de alcohol.
- 26.- Descuido de su propia nutrición.
- 27.- Primera hospitalización.
- 28.- Disminución de apetito sexual.
- 29.- Celotipia alcohólica (pasión por los celos)
- 30.- Beber en ayunas todos los días.

IV.- Fase crónica.-

- 31.- Intoxicaciones prolongadas (tandas)
- 32.- Marcado deterioro moral.
- 33.- Transtornos del pensamiento.
- 34.- Psicosis alcohólica (enfermedad mental)
- 35.- Beber sustancias que no propiamente son alcoholes.
- 36.- Beber con gentes de nivel social muy inferior al propio.
- 37.- Disminución en la tolerancia para el alcohol.
- 38.- Temores indefinidos.
- 39.- Temblores persistentes.
- 40.- Inhibición psicomotora.
- 41.- El beber adquiere carácter obsesivo.
- 42.- Aparecen rasgos compulsivos.
- 43.- Todo el sistema de racionalizaciones fracaza.
- 44.- Hospitalización definitiva.
- 45.- Estado de coma.
- 46.- Pérdida de la vida (14).

14.- Tomado de Alcohólicos Anónimos. (Jellineck)

¿Cuales son los efectos del alcohol en el organismo?

Existe una gran gama de alcoholes, pero el que más interesa ahora es el alcohol etílico, el cual es el ingrediente de las conocidas bebidas alcohólicas; como el vino, el brandy, la cerveza, entre otras más. Es el alcohol etílico el que interesa en estos momentos, puesto que es el único que puede ingerirse. El alcohol etílico es una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y puede ser empleado en el campo de la medicina como un agente antiséptico, por la acción germicida que tiene, el alcohol etílico además no tiene ningún efecto nutritivo, a pesar de contener un gran número de calorías.

El alcohol etílico actúa al contrario de los efectos que una gran parte de consumidores le atribuyen, ya que no es ningún estimulante, sino por el contrario es una droga depresora del sistema nervioso central, como tampoco provoca estados de alegría como muchos creen, ¿y porque este tipo de alcohol es un depresor?

La forma en que actúa el alcohol etílico en el sistema nervioso central es, primero; deprime los centros nerviosos que controlan la conducta, mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Al haber disminuído estos centros, la influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se libera, o sea, pierde el control, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Una vez que el sujeto se encuentra desinhibido, parece ser que está excitado, pero en realidad el organismo se encuentra en un estado de depresión por los efectos que el alcohol ha realizado en el sistema nervioso central, esta acción depresora se hace más notable, cuando el individuo aumenta gradualmente la cantidad ingerida. Es por esto que el

sujeto tímido que al beber una o dos copas, se siente con mayor valor y facilidad para establecer contacto con personas del sexo opuesto (tomado de Velazco Fernández, 1982).

Además al igual que otras drogas, el alcohol etílico tiene un efecto anestésico sobre el sistema nervioso central, así como también es un agente depresivo, como anteriormente se había señalado. Encontrando que el efecto inicial que tiene el etanol sobre el SNC, es la pérdida de la inhibición la cual se ve acompañada en forma consecutiva de una pérdida de juicio, así como la alteración de la personalidad, provoca notables dificultades de memoria, que a la larga pueden convertirse en distorsiones - de la misma, además se observa dentro de los efectos del etanol una pérdida paulatina en la coordinación psicomotriz, haciéndose más prolongadas las respuestas motoras, además de que al aumentar la dosis de alcohol etílico, el bebedor va perdiendo la habilidad de hacer movimientos finos, convirtiéndose dichos movimientos cada vez más torpes e incluso que no tiene relación alguna con la situación real.

"La ingestión adicional conduce a desorientación que pasa luego a estupor, seguido por coma y muerte. Siempre que el comportamiento de un individuo bajo la influencia del etanol coló que a otras personas en situación de riesgo, dicho individuo - se convierte en un peligro real para la sociedad. Por lo que - se han adoptado leyes en contra de los que beben en exceso y - conducen un vehículo motor". (15).

¿Como es el metabolismo del etanol ó alcohol etílico?

"El etanol suele ingerirse en la cerveza (2 a 6%), en el vino (10 a 20%) ó en el whisky (40 a 50%). Los grados representan tan el doble del valor del contenido de etanol en porcentaje; 15.- Todd Stanford, Davidsohn, 1984.

es decir, un whisky de 100° contiene un 50% de etanol. La cantidad de etanol en 30 ml. de whisky es aproximadamente la misma cantidad que en una botella de cerveza ó en 120 ml. de vino. Con el estómago vacuo, la absorción es tan rápida, que por lo menos absorbe en 40 a 70 minutos la mitad de la carga ingerida y se alcanza en dicho tiempo el nivel máximo. El etanol es único en el sentido de que es de las pocas sustancias que es absorbida por el estómago. Aproximadamente entre 20 y 25% de la cantidad ingerida atraviesa la pared del estómago y la absorción resulta afectada por factores como el tiempo y volumen del etanol ingerido. Al tomar alimentos antes de la ingesta de etanol se relaciona con una prolongación en el nivel sanguíneo máximo en 1 o 2 horas, con reducción del nivel máximo que se alcanza a partir de la piel, vejiga urinaria y aire inspirado, lo cual contribuye muy poco para la desintoxicación de los niveles sanguíneos".

Aproximadamente 10% del etanol ingerido se excreta en la orina, sudor y aliento, mientras que el 90% es metabolizado -- por el hígado, primero a acetaldehído y, a continuación, a CO₂ y agua. La deshidrogenasa alcohólica, que es la primera enzima de esta vía, es el paso limitante del metabolismo y se satura a una concentración de etanol en la sangre de la mg/dl. (3.5 mmol por litro). A niveles superiores, el metabolismo se mantiene constante. Una persona de 70 kg. metaboliza aproximadamente de 7 a 10 g. de etanol por hora, lo que equivale a un promedio de unos 20-30 ml. de alcohol de 90°, 240 a 260 ml. de cerveza ó 90 a 120 ml. de vino. Es muy poco lo que puede hacerse para incrementar este metabolismo".

"Otra vía implicada en el metabolismo del etanol es el sistema microsómico, que no sólo metaboliza etanol, sino también otros fármacos, como barbitúricos y otros sedantes. Los -

fármacos capaces de inducir la actividad del sistema microsómico aumenta la capacidad de degradación del etanol. La interacción de diversas drogas con este sistema enzimático es responsable de la mayor mortandad de los casos de ingestión combinada de etanol y barbitúricos". (16).

Capítulo 2 El Alcoholismo y la Mujer.-
Que es Alcohólicos Anónimos.-

"Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a recuperarse del alcoholismo".

"El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos, es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de Alcohólicos Anónimos no se pagan cuotas, ni honorarios; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. Alcohólicos Anónimos no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa."

"Nuestro objetivo primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad". -- (17).

Alcohólicos Anónimos es una agrupación civil que tiene diferentes organizaciones a su vez; existe el llamado movimiento de 24 horas, en el cual permanecen los alcohólicos durante varios meses o días dependiendo de la gravedad de los alcohólicos (as) existen también los conocidos ALANON, que son grupos para atender a las familias de los alcohólicos (as); ALANIN, - que son grupos dirigidos a los hijos de los alcohólicos (as); y otros más, pero en realidad todos los movimientos se desarrollan de similar manera y en todos se usan los mismos principios y los mismos fundamentos teóricos que son los 12 pasos de alcohólicos anónimos:

17.- Alcohólicos Anónimos, México, D.F. 1984.

1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, y -- que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2.- Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior - podría devolvernos el sano juicio.

3.- Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

4.- Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de no sotros mismos.

5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

7.- Humildemente le pedimos que nos liberase de todos --- nuestros defectos.

8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quie-- nes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el - daño causado, excepto cuando al hacerlo implicaba perjuicio pa ra ellos o para otros.

10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y - cuando nos equivocamos lo admitíamos inmediatamente.

11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12.- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los -- alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. (18).

En estos 12 pasos es en lo que se basan todos los centros de Alcohólicos Anónimos, en particular como se trabajó con grupos de los llamados tradicionales, todo esto fue observado en todos aquellos grupos a los cuales se tuvo que recurrir en busca de la colaboración de algunas mujeres alcohólicas, y poder realizar el presente trabajo.

Cada grupo es independiente, por lo que pueden organizarse de la manera que mejor les convenga a los integrantes de -- los mismos grupos, más sin embargo su organización no solo es intragrupo, también establecen una organización intergrupala, -- es decir se organizan en distritos, secciones, regiones, estados, países, etc., y tienen eventos de diferente índole, en -- los cuales se reúnen con la intención de comentar sus experiencias, así como el desarrollo de las actividades grupales, estas reuniones son las conocidas convenciones y congresos de -- A.A.

La manera en que trabajan con respecto al alcoholismo, -- puede variar de grupo a grupo, pero se establece un sistema de terapia grupal, por medio de catarsis, es decir, de manera voluntaria un alcohólico pasa a la "tribuna" a exponer, ya sea -- 18.- Tomado de Alcohólicos Anónimos.

su experiencia en el alcoholismo, o bien abordar algún problema personal o inquietudes cotidianas que les han provocado algún tipo de conflicto emocional y no saben que hacer o como -- afrontar tal problemática, para lo cual el resto del grupo des--pués de oírlos a través de la catarsis expresa lo que piensan al respecto y dan algún consejo, sugerencia y cuando es necesario confrontar al compañero (a) lo hacen a su modo.

En algunas ocasiones, de acuerdo a la organización de los grupos establecen las llamadas "sesiones de estudio", en las -cuales, no van a ejercer la terapia acostumbrada, sino que el--girán un tema de su literatura y reflexionar sobre el tema ele--gido, esto lo hacen de diversas maneras; tal vez exponiendo --por medio de la analogía parte de su experiencia para abordar el tópico, o bien los que más conozcan acerca del tema darán -una explicación, o bien haciendo preguntas al respecto.

Cuando alguna persona llega a los grupos en busca de in--formación acerca del alcoholismo, o bien porque está buscando ayuda por padecer el alcoholismo, el grupo decide hacer una --"junta de información", dejando a un lado la respectiva sesión terapéutica acostumbrada, centrando la atención en la (s) en -la (s) persona (s) que llegan al grupo por primera vez, ini---ciando la junta con una breve exposición de lo que es el pro--grama y de como es su funcionamiento dentro de los centros, --proceden a darle la bienvenida al interesado, y dos o tres ---alcohólicos pasan a la "tribuna" a exponer lo más trascendente de su historial dentro del alcoholismo, así como fue su propia experiencia para llegar a Alcohólicos Anónimos, cabe mencionar que el desarrollo de este tipo de sesiones depende de la perso--na a quien esté dirigida y no solo las dan dentro de sus grup--pos, en ocasiones, cuando alguna Institución solicita este ti--

po de información, preparan la charla de acuerdo a las personas a quienes se dirijan estas actividades, tomando en cuenta el nivel socio-económico y cultural de las personas a quien se les va a informar.

Existen también las juntas "cerradas", en las cuales sólo pueden participar los alcohólicos (as), que han declarado y -- aceptado su alcoholismo, no permitiendo el acceso a personas -- en general ajenas al movimiento. Debo aclarar que en mi caso -- algunos grupos al conocer la intención de mis visitas a los -- centros de recuperación y dado que tuvieron el conocimiento de la actividad profesional que estaba realizando, me permitieron participar en algunas de estas sesiones, pero señalándome que tan solo sería para observar el desarrollo, no pudiendo participar activamente en el proceso de la sesión.

Y es en este tipo de juntas o sesiones en las que efectúan la real terapia de Alcohólicos Anónimos, esta puede desarrollarse de modo muy agresivo, como también puede ser de una forma muy tranquila, esto va a depender del tipo de grupo, el nivel socio-económico de los miembros, así como de las costumbres y hábitos que tengan los alcohólicos (as) para llevar a -- cabo su "terapia", y es este proceso la parte de mayor importancia del programa, ya que es aquí en donde se señalan todos aquellos factores que están impidiéndole a los propios alcohólicos el proceso de recuperación, se rompen resistencias, se -- trabajan los conflictos emocionales, se señalan los errores, -- se desvanecen todas las defensas que los individuos presentan, en términos psicológicos se propicia el insight, por lo tanto el avance terapéutico y lo más importante la recuperación del alcohólico (a).

Todo este proceso va a depender de la manera en que se --

desenvuelvan los miembros de los grupos, pues las confrontaciones que se establecen pueden ir desde lo más acariciante y sutil, hasta la confrontación cruda, con palabras soeces, como generalmente se observa en los grupos, pero claro va a depender e influir el nivel socio-económico de los asistentes, como también el nivel cultural.

Existe un tipo de sesión menos formal que las anteriores, es la llamada "terapia de café", y como su nombre lo dice es una reunión posterior a la junta normal, en la que se van a reunir algunos alcohólicos (as), ya sea en el mismo grupo o bien en algún otro lugar, para charlar tomando café o té, y en estas reuniones indirectamente se establece una dinámica grupal que dependerá de los temas y/o problemas que se aborden, los alcohólicos (as), consideran que estas reuniones también les favorecen su propia recuperación.

En el movimiento tradicional se reúnen los grupos diariamente durante un período de una hora y media, en diversos horarios, pudiéndose alargar dependiendo la importancia de la sesión, así como de las necesidades de los miembros, los alcohólicos (as) no están obligados a asistir diariamente, pero si lo aconsejan, pues marcan que las faltas pueden ser motivo de las recaídas, creando de tal modo una gran dependencia afectiva entre los miembros de los grupos.

Cada miembro tiene la oportunidad de escoger a un "padrino", que es algún miembro con mayor antigüedad en el programa y tomará la función de consejero o analista personal que se le expresarán todos aquellos problemas y partes de los históricos individuales que no puedan manifestar con todo el grupo debido a la propia naturaleza del conflicto, - - - - -

que al manifestarse ante todo podría provocar algún problema posterior al alcohólico (a) que lo expresa, o bien podría comprometer a terceras personas, estableciendo una relación más terapéutica, propiamente hablando.

Para mantener una sobriedad, se mantiene el denominado -- "programa de 24 horas", es decir, solo se procura y se preocupan por no ingerir bebidas alcohólicas durante las presentes - 24 horas tan solo, ya que consideran de mayor facilidad abstenerse por períodos cortos los cuales garantizarán un lapso mayor de abstinencia. Y en caso de considerar que en algún momento estén a punto de volver a la actividad alcohólica, o sea tener una "recacida", deberán buscar algún grupo y exponer de forma inmediata su inquietud, de no tener un centro cercano -- procurar platicar con otro alcohólico, lo cual aminorará el de seo de tomar, asistir a alguna iglesia o con algún profesional con el que puedan hablar sin temor acerca de sus problemas emo cionales, o bien recurrir a la misma literatura del programa.

En Alcohólicos Anónimos aparentemente no existen obligaciones para sus miembros, toda actividad que desempeñan dentro del movimiento es de carácter voluntario, lo que si existen -- son comisiones o actividades para servidores, las cuales se -- van rolando en todos los miembros de cada grupo, según los --- acuerdos que para tal efecto se establezcan.

Pero la actividad de Alcohólicos Anónimos que para mantener el proceso de recuperación de los alcohólicos (as) no queda tan solo en lo que son los grupos, en cuanto a espacio fsi co se refiere no, sino que también, existen actividades fuera de los grupos que refuerzan al propio programa y en las cuales

los alcohólicos (as) pueden compartir sus experiencias con - - otras personas que tengan o no el problema y la enfermedad del alcoholismo, estas actividades por mencionar algunas, son: visitar a los pacientes en algunos hospitales, tanto por enfermedad como por accidente, procurando que dichas personas tengan algún vínculo con el alcoholismo, también visitan reclusorios, centros de readaptación social, hospitales psiquiátricos, escuelas, universidades, fábricas, empresas, entre otros lugares, - todo con la firme intención de transmitir el "mensaje", es decir narrar a otras personas su experiencia en el alcoholismo, así como el "fondo de sufrimiento" que hizo que recurrieran a Alcohólicos Anónimos en busca de una recuperación, y lo que tu vieron que afrontar antes de aceptar que eran enfermos (as) de alcoholismo, además en estas pláticas exponen lo que es Alcohólicos Anónimos, como funciona y como desarrolla su programa en el control y recuperación del alcoholismo, además en estas pláticas exponen lo que es Alcohólicos Anónimos y como es su funcionamiento, con el objetivo de prevenir o controlar el alcoholismo en otras personas.

De esta manera termino de expresar lo que pude conocer de lo que es Alcohólicos Anónimos, como funciona y como desarrolla su programa en el control y recuperación del alcoholismo, gracias a la confianza que se me brindó para tal efecto por -- parte de algunos alcohólicos (as).

La asistencia de la mujer a los grupos de Alcohólicos -- Anónimos.-

El alcoholismo en la mujer mexicana ha crecido considerablemente y esto se ve reflejado en la propia asistencia de la mujer a diversos centros de recuperación de Alcohólicos, siendo más notable aunque incluso en la actualidad se puede ob--

servar como ha crecido no sólo el número de las alcohólicas, - sino también el número de grupos dedicados a la asistencia de la mujer mexicana, esto indica la gran cantidad de mujeres que han recurrido a Alcohólicos Anónimos en busca de una recuperación de su salud física y emocional.

Pero de alguna forma también la asistencia de la mujer mexicana a los diversos centros de Alcohólicos Anónimos todavía no es el reflejo real de la población de mujeres alcohólicas, tan solo es una pequeña parte de las mujeres que han decidido dejar la actividad alcohólica y en cambio aceptar su propia enfermedad, así como de recurrir y asistir de modo constante a sus respectivos grupos. Esto tal vez se deba a que los grupos de Alcohólicos Anónimos presentan una población predominante - varonil, y a toda la información negativa que la sociedad maneja con respecto al movimiento y es de sospechar también que la mujer no asiste a tales grupos a consecuencia de los prejuicios que giran alrededor del alcoholismo femenino, sin olvidar las propias resistencias psicológicas que puedan tener las mismas alcohólicas.

De acuerdo a los comentarios de muchos alcohólicos, la asistencia de la mujer a Alcohólicos Anónimos se ha elevado, - pues incluso así lo afirman, que todavía hace unos cuantos años era asombrable encontrar a alguna mujer dentro de los centros, siendo que actualmente no es de extrañarse encontrar un mayor número de ellas, pero además consideran que hace falta - mucha información que pueda permitir o facilitar el ingreso de la mujer mexicana a Alcohólicos Anónimos y que la población femenina podrá crecer en medida de que se difunda más el programa, haciendo notar que el movimiento no sólo se constituye por hombres, pero también se deberá hacer una labor de saneamiento de lo que es el alcoholismo, para que un mayor número de perso

nas que sean afectadas por el alcoholismo puedan asistir sin temores a los diversos grupos.

Ahora bien, hablaremos un poco de la asistencia actual de la mujer a los grupos de Alcohólicos Anónimos y como es el desarrollo dentro del propio movimiento.

Cuando una mujer alcohólica llega a algún grupo, la primera impresión que se lleva, es que se encuentra con que la mayoría son varones, o de no encontrar alguna mujer dentro de la comunidad, esto en primera instancia le espanta, pues desconoce tanto el programa como su funcionamiento y considera en ocasiones que su presencia en ese lugar puede ser malinterpretada por los alcohólicos presentes, ingresa de manera desconfiada, ya que en muchos de los casos dentro de nuestra sociedad se relaciona alcoholismo femenino con prostitución y dependerá de la manera en que se desenvuelvan los alcohólicos para con ella, en la decisión que tome la recién llegada, ya sea para quedarse en el grupo e iniciar el proceso de recuperación, o bien, decida ya no regresar al grupo.

En ocasiones la visita de la mujer alcohólica que busca recuperación se puede ver frustrada, pues en muchos de los grupos de alcohólicos anónimos se acostumbra usar un lenguaje soez y en ocasiones vulgar, con lo que la mujer se puede sentir agredida y ofendida, no por el lenguaje mismo, sino por la doble intención que a veces se le da al vocabulario popular. Claro, depende el nivel socioeconómico tanto del grupo, como de la mujer misma y la manera en que sea manejado el lenguaje por los miembros del grupo, en ocasiones ante la presencia de una mujer en las juntas, los varones tratan de comportarse de una manera respetuosa, o bien manejar un vocabulario menos soez, pero difícilmente pueden soportar mucho tiempo sin usar

el vocabulario acostumbrado. Y va a depender de -----
la reacción de la mujer que en su mayoría termina por acostum-
brarse e incluso llega a utilizar el mismo lenguaje que el res
to de los compañeros.

De esta forma tanto la mujer como el varón se van adaptan-
do en ambos sentidos, para poder convivir y llevar a cabo el -
programa, por el cual están reunidos en Alcohólicos Anónimos.

Cabe mencionar que la permanencia de la mujer alcohólica
en los centros no es nada fácil, pues tanto ellas como los va-
rones deben acatar las disposiciones que les marcan las tradi-
ciones del programa, en las cuales se hace manifiesto que no -
podrá existir vínculos de pareja entre los mismos alcohólicos
(as), lo cual en la práctica no es llevado tal cual, pues en -
muchas ocasiones algunos individuos aprovechar la presencia de
algunas mujeres, para satisfacer así algunas necesidades e im-
pulsos, con lo que infician una seducción a sus compañeras, o -
tan solo procuran tener algunas relaciones sexuales con ellas,
no obstante que estén casados o vivan con otra persona. Esto -
en ocasiones molesta a las alcohólicas provocando en ciertos -
casos, que la mujer decida abandonar el grupo, cambiarse a - -
otro grupo y en algunos casos decertar del movimiento, como --
también sucede que no le provoque mayor conflicto que hasta de
cida establecer alguna relación conyugal con los compañeros.

Debo mencionar que lo antes expuesto no lo he dicho por -
decirlo, han sido las propias alcohólicas quienes han expresa-
do tales comentarios, además de que la relación con los grupos
de Alcohólicos Anónimos me permitió observar estas situaciones.

Volviendo al tema y ya para finalizar, quisiera añadir --
que existe una notable preocupación tanto de los alcohólicos -

como de las alcohólicas, por el desmesurado crecimiento de las mujeres que se ven afectadas por el alcoholismo, siendo que algunos grupos de manera independiente, como el mismo movimiento de Alcohólicos Anónimos del País están trabajando para encontrar una forma más efectiva con la que se pueda prevenir el alcoholismo, poniendo mayor atención al caso de la mujer, así como de la juventud, que son dos partes importantes de la población en general, las cuales se están viendo cada vez más afectadas por el alcoholismo.

Además, es bien cierto que en los grupos a los que asisten mujeres alcohólicas, los varones están interesados por adquirir y manejar un lenguaje menos soez, además de que tratan que la mujer sea tratada con un mayor respeto, tanto por los mismos alcohólicos, como de la misma sociedad, marcando en mayores ocasiones límites respecto de la conducta de los miembros de los grupos con respecto al problema de la mujer, llegando a proteger en variadas ocasiones a la alcohólica de algunos individuos que tratan de utilizar el programa como un medio, o como un puente para la satisfacción de sus deseos y necesidades.

Pero también se presenta un factor en las mismas alcohólicas, que tiene gran importancia, en cuanto a las alcohólicas que ingresan a los grupos, me refiero a que las alcohólicas que ya tienen determinado tiempo dentro de los grupos en el momento en que llega una nueva compañera, empiezan a manifestar en su comportamiento diversos celos hacia las otras mujeres, - pues ellas mismas señalan que sienten que con la asistencia de más mujeres ellas pierden atención y afecto por parte de los varones, e incluso consideran que empiezan a perder cierto poder en el grupo, por lo cual muchas veces de manera inconscientemente empiezan a agredir y/o a ofender a las compañeras de recién

ingreso al grupo. Esto les preocupa, pues se han dado cuenta - que la decersión de algunas compañeras alcohólicas, se ha debido a este tipo de conductas, siendo que en muchas veces así lo han expuesto en la "tribuna", con el propósito de encontrar -- una solución a esta situación por parte de ellas.

Muchas veces los compañeros alcohólicos les han expuesto a las alcohólicas establecer un horario exclusivo para la atención de mujeres alcohólicas, pues se dan cuenta de que existen muchos acontecimientos y problemas emocionales en la mujer que con la presencia de los varones podría ser empleado en perjuicio de las propias alcohólicas.

El Alcoholismo de la Mujer.-

"El alcoholismo de la mujer ocupa un lugar aparte, porque si bien encontramos ciertos caracteres psicopatológicos comu-- nes al alcoholismo del hombre, se distingue de éste por los -- factores socioculturales que determinan el status de la mujer en nuestra sociedad. El alcoholismo de la mujer no se refiere a la tradicional mitología masculina del papel del alcohol (pa pel dionisíaco, virilizantes, etc.). La tolerancia del grupo - social y los juicios de valores de este carácter más antiesté-- tico de su degradación moral y del alcance que tiene para su - función maternal. Así se trata de un alcoholismo más secreto, controlado por un sentimiento muy primitivo del pudor y que engendra culpabilidad. Es un alcoholismo con frecuencia solita-- rio."

"El alcoholismo de la mujer sobreviene a menudo sobre una organización neurótica en base de que la conducta de alcoholi-- zación, no es más que un elemento entre otros. Se trata de una neurosis estructurada, obsesiva, fóbica, histérica, etc., que

de la compensación de una conducta de fracaso, de una soledad, de una situación de abandono, de un rechazo, de la dependencia conyugal y de cierto modo de una afirmación de virilidad. De todos modos el alcoholismo en la mujer expresa una conducta -- sintomática de un desequilibrio, de una neurosis latente o patente mucho más frecuente que en el hombre".

"Por esta razón la alcoholización es frecuentemente discontinua. Dehades distingue ya una forma impulsiva en la que la pulsión entraña la satisfacción inmediata, sin lucha, sin conflictos de instancias de la personalidad. Se trata de una conducta alcohólica "perversa" en el sentido psiquiátrico. La forma compulsiva, caracterizada por la ansiedad, la lucha, la culpabilidad, el conflicto entre las instancias de la personalidad es pronóstico mejor, que la forma impulsiva. Estas, son por otra parte, las dos formas encontradas en las otras toxicomanías. Se puede encontrar formas mixtas en las que alternan las fases impulsivas y compulsivas.

"La evolución del alcoholismo de la mujer presenta igualmente ciertas características. El alcoholismo degrada más rápidamente y más profundamente a la mujer en su status y papeles femeninos y maternos que al hombre en su status y papeles masculinos y paternos. La reacción social de intolerancia y de rechazo es más viva y más precoz contra la mujer alcohólica que contra el hombre".

"La fragilidad de la mujer con respecto a la intoxicación alcohólica crónica es un hecho igualmente a observar que tiene por consecuencia la frecuencia de las cirrosis que evolucionan con más rapidez de las polineuritis, de los síndromes de - - - Korsakoff, etcétera".

"Es clásico admitir también que el tratamiento es más complejo, más largo y más decepcionante en la mujer. Sin embargo, ciertos autores piensan que es una estructura neurótica evidente subyacente que podría hacer la curación más accesible y en general más estable. La mujer alcohólica aceptaría con más facilidad la tutela psicoterapéutica". (19).

"Algunos investigadores han señalado que las características son más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia la privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares; pero la verdad es que todas estas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad. Por último, es conveniente recordar que ciertos estudios clínicos han demostrado, sin dejar dudas, que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos, como podría creerse, y que por otra parte, si --acentúa los problemas psicológicos como la culpabilidad y la autoestima". (20).

19.- Ey H, 1981 p.

20.- EL alcoholismo en México, Soc. de Inv. Soc., 1982.

Método.

Para el estudio de un problema como lo es el alcoholismo -- en donde es más importante para el psicólogo clínico conocer -- de una manera más profunda y directa, las características de la enfermedad, para lo cual se intenta hacer un estudio exploratorio, presentando mayor atención a unos cuantos casos, con los -- que se pueda establecer una lista de rasgos, los cuales permitan obtener conclusiones que se acerquen más al problema de estudio, dando oportunidad de este modo de determinar la dinámica de los orígenes del problema, así como la pauta para nuevos y posteriores estudios, con los que se puedan establecer las medidas preventivas que puedan atacar en forma directa el problema, surgiendo de tal modo la siguiente interrogante.

¿Cuáles son algunos factores psicológicos que propician -- alcoholismo en mujeres mexicanas?

Hipótesis conceptual.

Determinar algunos de los factores psicológicos que propician el alcoholismo en la mujer mexicana.

Sujetos.-

Se estableció contacto personal con diversos centros de -- Alcohólicos Anónimos, con el fin de detectar en que grupos -- asistían más mujeres alcohólicas y poder conformar el estudio -- en cuestión.

Para este efecto, una vez localizados algunos Centros en -- los que existían posibilidades de formar un grupo de estudio, -- se intentó obtener aprobación por parte de los dirigentes de -- los Centros A.A., de los miembros y en especial de las mujeres alcohólicas, con el propósito de que todos estuviesen de acuerdo y enterados con el motivo de la asistencia del autor a las

diferentes sesiones de reunión.

Cabe señalar que para conformar un conjunto de 10 mujeres alcohólicas, tuvo que pasar un período aproximado de 8 meses, ya que no en todos los grupos visitados, aceptaron plenamente la presencia de una persona no alcohólica, incluso en algunos casos se me pidió que abandonara los Centros de Reunión, pues les inspiraba desconfianza que un Pasante de Psicología les observara, no obstante de que en la primera visita se les notificaba el objeto de tal, y en especial los objetivos de la investigación.

Conforme algún grupo de Alcohólicos Anónimos aceptaba la presencia del investigador y una vez lograda una aceptación -- por parte del grupo, en el caso de que existiera alguna mujer alcohólica, idónea para el estudio, se procedía a establecer un contacto personal con la sujeto, planteándole las intenciones y alcances del estudio y en caso de que esta decidiese colaborar, se establecía una cita con la paciente en un consultorio particular, haciéndoles ver que el estudio requería un nivel de confianza, confidencialidad, así como un lugar apropiado (sin interrupciones). Además se les explicaba claramente el objetivo de la investigación, el requerimiento de un tiempo no definido para poder realizar la entrevista, la aplicación de las diversas pruebas psicológicas, las características del estudio, los posibles alcances, aclarándoles que no sería un trabajo terapéutico, sino un estudio exploratorio.

El grupo de estudio se constituyó por 10 mujeres alcohólicas, las cuales fueron seleccionadas incidentalmente de una población de 15 grupos de Alcohólicos Anónimos, procurando que dentro de la población, existiera una proporción con las 3 clases socioeconómicas, encontrando que los grupos de A.A. que pudiesen tener una representatividad para la clase alta y media

no aceptaron cooperar, o bien, estos grupos no contaban con mujeres. Cabe mencionar que de aquellos grupos que aceptaron cooperar con el presente estudio, se encontraban dentro de una -- clase socioeconómica media baja o baja, haciendo notar que en algunos de estos centros no existían más de una alcohólica, -- mientras que en otros asistían hasta 4 mujeres.

Para poder seleccionar a las sujetos se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

a) Que tuvieran más de 6 meses de asistir regularmente a algún centro de A.A.

Considerando este período de tiempo el adecuado para que las alcohólicas fuesen capaces de reconocer y aceptar su enfermedad, lo cual permitiera su colaboración más franca y realista, disminuyendo así el riesgo de que una vez iniciado el estudio, las pacientes pudiesen reincidir en el abuso de las bebidas alcohólicas, o que tratasen de alterar la información re-
portada.

b) Que tuvieran un rango de edad de 25 a 35 años.

c) Tener una escolaridad mínima de secundaria, aquí es importante señalar que este criterio tuvo que bajarse a primaria concluida, ya que en la realidad las alcohólicas contactadas, no reunían este requisito.

d) Que las pacientes estuviesen en total acuerdo y decidieran participar en el estudio de forma voluntaria.

Siendo motivo de exclusión de la muestra que:

a) Que al aplicar el test gestáltico visomotor de Ben--

der, se observará algún daño orgánico.

b) Tener una recaída alcohólica (volver a ingerir alguna bebida alcohólica).

c) Que en la primer impresión las alcohólicas no denotaran un trastorno de personalidad severo o que impidiese la adecuada realización de la entrevista o la aplicación de pruebas psicológicas.

Teniendo las siguientes características la muestra estudiada:

La X de edad es de 33.1 años, teniendo el 100% de la muestra una religión católica.

El estado civil es: 30% son divorciados, el 20% son madres solteras, un 10% es soltera, un 10% vive en unión libre y un 10% es viuda, 20% son casadas.

La escolaridad es: 70% terminaron la primaria, el 30% estudio secundaria, un 20% realizó una carrera técnica o comercial.

El 90% trabaja: 70% son obreras y un 20% se dedica al comercio.

El 70% son originarias del Distrito Federal, mientras que el 30% restantes son originarias de provincia.

Escenario.-

Para la selección de la muestra se visitó a 15 Centro de

Alcohólicos Anónimos, teniendo diferentes características arquitectónicas y socioeconómicas.

Con el objeto de realizar la entrevista y la aplicación de la batería de pruebas psicológicas a las mujeres alcohólicas seleccionadas, se utilizó un consultorio particular, contando con sillones para la realización de la entrevista y una mesa en la cual se aplicaría la batería de pruebas psicológicas.

Instrumentos.-

Se diseñó una entrevista semiestructurada, la cual fue realizada con la supervisión de 5 psicólogos con experiencia clínica, tanto a nivel académico como terapéutico, con el objeto de definir de la manera más amplia los aspectos que se deberían abordar en la entrevista, así como la manera de realizar cada una de las preguntas, de tal modo que se pudiese obtener la mayor información posible de las mujeres en estudio (ver apéndice número 1).

Para medir el nivel intelectual de las alcohólicas, se empleó la escala Wechsler para adultos WAIS. Por ser un instrumento psicométrico preciso y que ofrece una amplia confiabilidad en los resultados emitidos.

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad - de Minnesota MMPI, para conocer las características de personalidad y detectar la psicopatología que en su caso pudiese existir en el grupo de mujeres alcohólicas estudiado, considerando que por ser un instrumento psicométrico de fácil manejo y aplicación, así como por tener una fina precisión en la detección de psicopatología, lo cual sería un gran apoyo para aquellos resultados obtenidos a través de la entrevista clínica.

Dentro de las pruebas proyectivas de personalidad se usaron:

La técnica de Buck de 5 dibujos de lápiz y papel versión modificada (árbol, casa, animal y figura humana).

Siendo una técnica proyectiva que ofrece un gran apoyo a la psicología clínica, por ofrecer una amplia gama de rasgos de personalidad conscientes e inconscientes.

El test del árbol.-

Es una prueba proyectiva que permite conocer la estructura de personalidad, que presentan los sujetos de manera inconsciente, siendo una técnica que permite al psicólogo, conocer la personalidad del dibujante y que sin provocar ansiedad en el paciente, ofrece una amplia gama de confiabilidad, el cual es como un autorretrato psicológico del sujeto.

Habiendo algunas variaciones dentro de este test, en las que -- además de pedir que se dibuje un árbol, se pueden pedir árboles locos, enfermos, etc., con lo que ayuda al psicólogo a determinar el concepto de locura y/o enfermedad de los pacientes, que pueden ser empleados como marco de referencia en la valoración de la personalidad de los pacientes estudiados, siendo de gran importancia para este estudio el apoyo que estas variaciones -- ofrecen, pues teniendo la viabilidad de retroinformar los hallazgos e hipótesis hechas a partir de la entrevista, se puede lograr una mayor precisión en la evaluación de la personalidad de las mujeres alcohólicas.

La figura de la casa.-

Al igual que el árbol y la figura humana, la casa va a per

mitir al dibujante proyectar rasgos de su personalidad, considerado también como un autoretrato psicológico, proyectando la figura de la casa la estructura Yofca del sujeto, reflejando una gran cantidad de elementos relacionados al ambiente familiar, siendo de gran importancia este dibujo para conocer las características de la figura materna y como es que la percibe la persona dibujante, esta figura tiene gran importancia para tener una más amplia comprensión de la personalidad de las pacientes estudiadas.

La figura del animal.-

El dibujo del animal es la proyección de Yo ideal de los individuos, siendo el concepto corporal que se maneja de modo inconsciente, que en adición a la asociación libre que haga el sujeto del animal dibujado, se podrá incrementar el conocimiento con respecto de la personalidad ideal de los individuos, -- pues al conocer la personalidad ideal, se puede tener una mejor valoración psicológica de los mismos, ya que las características de personalidad ideales, tendrán una amplia correlación con las conductas y modos de vida de los individuos, y al tener estos elementos el psicólogo podrá fundamentar o ratificar tanto las hipótesis, como los mismos diagnósticos planteados con base de la entrevista, es por tal motivo que se decidió incorporar esta técnica en la batería psicológica aplicada al grupo estudiado, con objeto de tener una mayor fuente de información acerca de la personalidad de las alcohólicas. (López Reyes PS).

El test de la figura humana.-

"Por medio del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta una gama de rasgos significativos y útiles, para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámicamente como nosológica

mente. Lo que cada persona dibuja, está íntimamente relacionado con los impulsos, necesidades, conflictos y compensaciones características de la personalidad" (21).

La figura humana es de cierta forma una representación o bien una proyección de la propia personalidad, así como de la relación del sujeto con el medio ambiente.

Es menester recordar que el manejo de los resultados e información que se obtenga con este test, tan sólo podrán ser objetivos en medida que se tenga cautela y habilidad para su interpretación y que la información obtenida sea combinada con toda la batería o conjunto de pruebas, así como de tener muy presente la información proporcionada en la entrevista por las propias alcohólicas que conformaron el grupo de estudio.

Procedimiento.-

Una vez logrado el acercamiento con las alcohólicas, antes mencionado y contando con la aprobación individual de las alcohólicas, se fijó un horario de sesiones de acuerdo a las posibilidades de tiempo de cada una de las alcohólicas.

Antes de iniciar el estudio como tal, se realizó el debido rapport para aplicar el test gestáltico visomotor de Bender con el objeto de determinar que las pacientes no tuvieran ningún daño orgánico.

21.- Soto Barrera M J. Neri Chávez E. Rasgos característicos de agresión en el esquema corporal de adolescentes homicidas determinados mediante la prueba de K Machover F. Psic. UNAM, 1987.

El estudio individual inició con la realización de la entrevista semiestructurada, procurando que en cada sesión se concluyera un área de estudio, pudiéndose prolongar las entrevistas el tiempo necesario, dependiendo de cada alcohólica y de la información que ésta proporcionaba con respecto al área examinada, en cada una de las entrevistas se hizo uso de un equipo técnico de grabación, nunca sin el consentimiento de las alcohólicas, empleando la grabadora para poder establecer un adecuado análisis de la información, propiciando de tal modo que dicha, no pudiese ser alterada o distorsionada y poder contar con un archivo objetivo de los datos recopilados y proporcionados por cada una de las pacientes. La fase de la entrevista tuvo lugar en varias sesiones para cada una de las alcohólicas, requiriendo entre 8 y 10 horas para recabar la información que se había delimitado para la entrevista, durando esta fase aproximadamente 4 meses.

Al terminar el proceso de la entrevista, se estableció una breve introducción de lo que sería la segunda fase, la cual consistiría en la aplicación de las pruebas psicológicas contempladas para el estudio.

Se planeó la aplicación de las pruebas de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de las propias pacientes, procurando que en cada sesión, se pudiese aplicar una sola prueba (debido a la duración de aplicación de algunas), o bien aplicar un conjunto de pruebas de las mismas características.

En la primera sesión de aplicaciones, se hizo el rapport requerido para aplicar el WAIS, procediendo a realizar la aplicación en sí, de acuerdo a las características de la misma prueba, al término se les daba el cuestionario del MMPI, con objeto de que lo contestaran en sus propias casas, dando las instrucciones necesarias para que se obtuviese un adecuado resultado -

en la aplicación.

En la segunda sesión, se aplicaron únicamente las pruebas de lápiz y papel (técnica Buck), manteniendo para todas las pacientes el mismo orden: test del árbol (sano, loco y enfermo); test de la casa; test del animal y figuras humanas.

Al finalizar la aplicación de pruebas psicológicas, se les dió las gracias a cada una de las alcohólicas por la cooperación en el estudio, haciéndoles ver que el estudio y sus resultados llevarían un tiempo indeterminado para su análisis y que probablemente los resultados no se podrían generalizar, pero que se les haría llegar algunas síntesis de la investigación, con aquellos resultados que pudiesen ser utilizados por las propias pacientes y por los grupos de Alcohólicos Anónimos para la prevención de futuros casos de alcoholismo femenino.

Una vez que se hubo aplicado la batería de pruebas psicológicas a las 10 alcohólicas, que conformaron el grupo de estudio, se procedió a calificar las pruebas y a hacer el respectivo análisis comparativo con los datos obtenidos mediante la entrevista.

Para facilitar el manejo de la información obtenida mediante la entrevista y las pruebas psicológicas, y dado que por las características del método clínico, no se realizó un análisis estadístico de profundidad, únicamente se obtuvo el porcentaje de frecuencias de los datos recabados, sacando en algunos casos una media estadística de la información.

Tipo de estudio.

En este estudio se empleó el método clínico, "el método clínico consiste en la observación controlada por la entrevista".

ta y la aplicación de tests, que proporcionan diversas muestras de conducta" (22). Por considerar que es a través de este tipo de metodología, la forma más idónea para obtener información de profundidad, y que además pueda ser utilizada de manera práctica en la solución de problemas como lo es el alcoholismo en la mujer.

Para llevar a cabo la investigación se eligió un tipo de estudio exploratorio (descriptivo), transversal, prospectivo y observacional.

22.- Dana R H Teoría y Práctica de la psicología clínica. Ed. Paidós. México.

Procesamiento de Datos.-

Para las pruebas de lápiz y papel, se determinó que el -- proceso de calificación sería por medio de interjueces, a fin de reducir la posibilidad de error al calificar sin un protocolo adecuado y estandarizado, se estableció un formato de calificación para cada uno de los dibujos, señalando a manera de - lista los aspectos estructurales y formales, así como de contenido para cada una de las pruebas, tomando en cuenta por propios rasgos señalados por los autores de los tests, la manera de calificación sería señalar presencia y ausencia de cada uno de los rasgos de las pruebas, pudiendo registrar la califica-- ción en una sola hoja, en la cual los jueces señalarían la presencia o la ausencia de los rasgos para las 10 mujeres del grupo de estudio.

Se procedió a seleccionar a los interjueces, quedando cinco jueces, tres varones (incluyendo el autor de la investiga-- ción), y dos mujeres. Cabe mencionar que se eliminó a uno de - los jueces varones, por ser inconstante en su calificación, en comparación con los otros cuatro jueces.

Continuando a contabilizar la frecuencia de los rasgos -- significativos en la calificación interjueces, considerando que para un rasgo fuese significativo, que tuviese un porcentaje mayor al 70% en la contabilización de la calificación de los cuatro jueces en la totalidad de la muestra. Esto se hizo de la siguiente forma:

Se vació la calificación de los 4 jueces a una sola hoja de calificación, de modo que se pudiera hacer un cómputo fácil y confiable de las frecuencias de presencia o ausencia de rasgos significativos, sumando el total de calificaciones de los jueces para las 10 sujetos de la investigación, se obtenía el porcentaje para cada rasgo, eliminando a todos aquellos que tuviesen una frecuencia menor al 70%, por considerar que aquellos rasgos con un porcentaje menor, no eran significativos para el total del grupo de estudio, lo que además implicaría de considerárseles, una poca confiabilidad al realizar las respectivas conclusiones, se analizó también se los rasgos que tuviesen una frecuencia de calificación de presencia o de ausencia mayor al 70% eran significativos o no para la interpretación general de las pruebas de lápiz y papel no se hizo de forma individual, sino que se estableció una interpretación grupal.

Para calificar el MMPI, se hizo de la forma en que lo señala el propio manual de la prueba, usando las respectivas plantillas de calificación, realizando los respectivos perfiles de forma individual, una vez esto, se obtuvo la \bar{x} grupal de cada una de las escalas de validez y las escalas de validez y las escalas clínicas, procediendo a hacer un perfil grupal, del cual se obtuvieron las medidas de tendencias central (media, mediana, modo, los valores más bajos y los más altos para el grupo, así mismo se obtuvo la desviación estándar para cada una de las escalas. Se estableció una comparación con las normas originales del instrumento y las normas establecidas por Rafael Nuñez, para la población del Valle de México, realizando un perfil grupal, considerando las normas de la población mexicana e interpretando cada uno de los perfiles).

Se concentró la información obtenida en la entrevista realizada a cada una de las 10 pacientes, organizando la información de acuerdo a las preguntas, clasificando la información en áreas. Determinando el porcentaje y las frecuencias de las respuestas de las 10 pacientes.

Se eliminó toda aquella información poco significativa -- y/o poco relevante, realizando con la información de mayor significancia una concentración de datos en diferentes gráficas, - las cuales pueden ilustrar lo más trascendental de la información obtenida en la entrevista clínica.

Una vez calificadas e interpretadas las pruebas psicológicas empleadas, junto con los resultados de la entrevista se establecieron las respectivas conclusiones, que permitían los resultados del presente estudio.

Para el mejor manejo de la información que se obtuvo en la entrevista y en las pruebas psicológicas empleadas se conjuntó la información de modo que los resultados del grupo estudiado pudiesen particularizarse, pues reportar los resultados en forma individual, dificultaría el manejo de la información y entendería significativamente el presente trabajo.

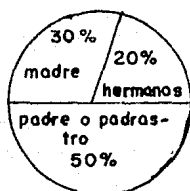
En los casos particulares de la Escala de Inteligencia -- WAIS, y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI, se realizaron perfiles grupales y para la interpretación de los datos se hizo de acuerdo a los perfiles globales. Y para la mejor comprensión de la información presentada para los casos de WAIS, se reportaron los puntajes más altos y los más bajos, obtenidos por las pacientes, con el objeto de clarificar de mejor modo posible los datos obtenidos en el grupo estudiado.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA

MOTIVO DE CONSULTA
ACTIVIDAD ALCOHOLICA--

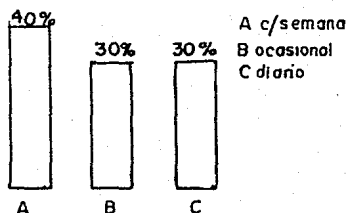
INGESTION DE ALCOHOL DE LOS FAMILIARES:

Quienes:



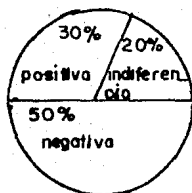
Gráfica 1

Con que frecuencia:



Gráfica 2

ACTITUD ANTE LAS INGESTAS DE ALCOHOL



Gráfica 3

Positiva: bailar, convivir, alejarse.

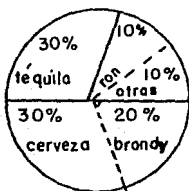
Negativa: tomar a escondidas, llorar,
sentir repulsión.

Causas por las que empezaron a beber los pacientes:

imitación, desengaño amoroso, separación de la pareja,
el esposo le enseña, por celebrar, para relajarse, por influencia
de compañeros de trabajo, por conocer los efectos del alcohol.

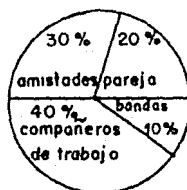
La \bar{X} de edad del inicio del cuadro alcohólico es a los 13.8 años.

TIPOS DE BEBIDAS CON
QUE INICIARON:



Gráfica 4

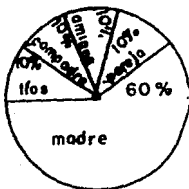
CON QUIENES TOMABAN
AL INICIO:



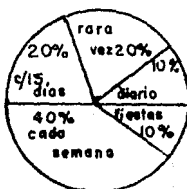
Gráfica 5

QUIEN LES ENSEÑO A TOMAR:

FRECUENCIA DE INGESTA AL INICIO:



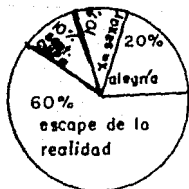
Gráfica 6



Gráfica 7

QUE MOTIVO LA 1ER. INTOXICACION

ALCOHOLICA:



Gráfica 8

RAZONES QUE PRODUJERON AUMENTO DE LA DOSIS:

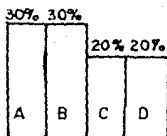


Gráfico 9

A por rivalidad y rechazo de la pareja.

B por frustraciones.

C por las crudas.

D por la soledad.

Además de mencionar: por los efectos y la presunción de poder tomar.

COMO SE PERCATARON DE SU ALCOHOLISMO:

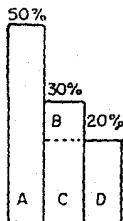


Gráfico 10

A al beber a diario.

B por las crudas físicas.

C por las crudas morales.

D no aceptaban que los trastornos físicos eran ya alcoholismo.

QUE LAS MOTIVO A DEJAR DE INGERIR ALCOHOL:

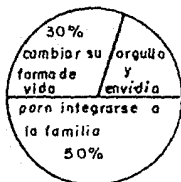


Gráfico 11

Además de mencionar que por el miedo a la soledad, por riesgo de perder el empleo, por trastornos físicos, el tomar conciencia de la enfermedad, por el miedo a la muerte y porque asimilarán el mensaje de Alcohólicos Anónimos.

QUE FACTORES FUERON IMPORTANTES PARA LA REHABILITACION DE LAS PACIENTES:



Gráfica 12

Además de señalar que: los hijos, el orgullo, el miedo a la soledad y a la muerte, el deseo de vivir, el intento de recobrar el hogar, el afecto encontrado en A.A y el tratar de incorporarse a la sociedad como mujeres productivas.

QUE FAMILIARES ALCOHOLICOS EXISTEN:

Abuelos	100 %
Padre	50 %
Madre	50 %
Hermanos	70 %
Otros	50 %

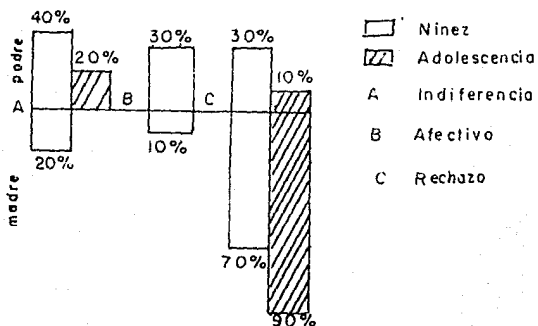
QUE FACTORES PSICOLOGICOS PROPICIA EL ALCOHOLISMO EN LA MUJER:

El 100% reconoce que los traumas y frustraciones. Además de mencionar que la ausencia de padre es muy importante, los problemas económicos, ser hijas no deseadas y rechazadas por los padres, los complejos de superioridad e inferioridad, el haber sido violadas en la niñez, el querer llamar la atención los fracasos amorosos, que la pareja fuese alcohólico, el sufrimiento de la niñez, el abandono de la pareja, así como la propia personalidad de las pacientes.

El 100% prevendría el alcoholismo en la mujer, narrando su experiencia como alcohólicas o enfermas hospitalizadas, estudiantes, presidiarias, etc.

RELACIONES FAMILIARES.

TRATO DE LOS PADRES:



Gráfica 13

PREFERENCIA AFECTIVA DE LAS PACIENTES.

	NIÑEZ	ADOLESCENCIA
MADRE	40 %	80 %
PADRE	10 %	0 %

Gráfica 14

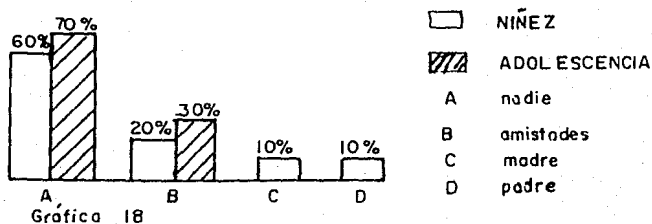
AUSENCIA DE ALGUN FAMILIAR:

PADRE 60 %
 MADRE 30 %
 HERMANOS 10 %

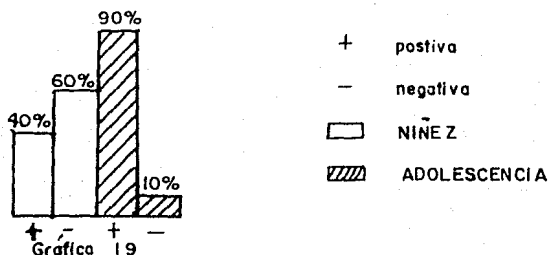
Gráfica 15

PERSONALIDAD--

MAYOR IDENTIFICACION CON:



ACTITUD HACIA LAS AMISTADES:



AUTOACEPTACION:

actitud	niñez	adolescencia	al tomar	despues/tomar
positiva	70 %	0 %	100 %	90 %
negativa	30 %	100 %	80 %	10 %

Gráfica 20

TUVIERON FRUSTRACIONES QUE LES AFECTARAN

NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
SI	NO	SI	NO
60 %	40 %	80 %	20 %

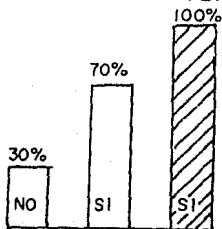
Gráfica 21

MIEDOS:

NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
obscuridad	40%	soledad	40%
animales	40%	volver a ser violadas	20%
volver a ser violadas	10%	obscuridad	20%
nada	10%	lluvia	10%
		nada	10%

Gráfica 22

PENSAMIENTOS QUE PROVOCABAN CULPA:



pensamientos hacia la madre, por robar, relacionados con la sexualidad, por no estudiar, por intento de violación y por haber sido violada.

□ NIÑEZ
 ▨ ADOLESCENCIA

Gráfica 23

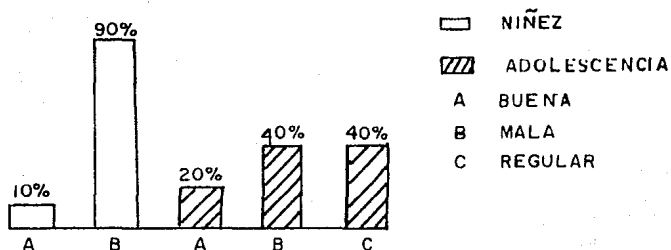
PROBLEMAS TRASCENDENTALES:

Infancia: 60% intento de violación; 30% noinforma; 40% violaciones sexuales; 10% muerte del padre.

Adolescencia: 30% separación de la pareja; 20% muerte de un familiar; 20% intento de violación; 20% ninguna; 10% se fuga de su casa.

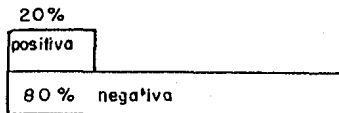
DESARROLLO--

ALIMENTACION DE LAS PACIENTES:



Gráfica 16

ACTITUD ANTE CAMBIOS FISICOS:



Gráfica 17

En la niñez la relación con figuras de autoridad fue 100% negativa, en la adolescencia el 90% fue negativa con figuras con autoridad.

La actitud ante las prohibiciones en la niñez fue 70% negativa y en la adolescencia para el 90% fue negativa.

El 60% tuvo algún problema con figuras de autoridad (policia, tipo legal, patrón, etc).

AREA SEXUAL.-

El 90% quería ser varón en la infancia.

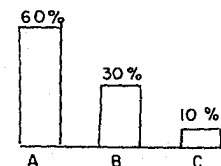
El 90% no recibió información o educación sexual.

La menarca se presentó a los 12.09 años \bar{X} de edad.

Iniciaron la masturbación a los 12.5 años \bar{X} de edad.

Los pacientes tuvieron su 1er. relación sexual a los 11.5 años \bar{X} de edad.

ACTITUD HACIA LA MENARCA :



Gráfica 24

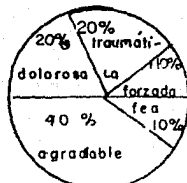
- A miedo
- B nada
- C desagrado

CON QUIEN TUVIERON LA 1ER. RELACION SEXUAL :



Gráfica 25

COMO FUE LA 1ER. RELACION SEXUAL :



Gráfica 26

Al 60% le gustaba tener relaciones premaritales.

FRECUECIA DE LAS PRIMERAS RELACIONES :

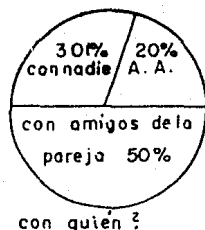
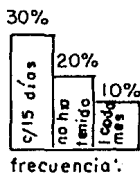
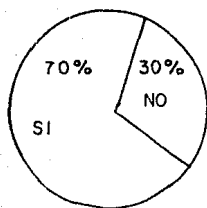
50% cada 15 días.

30% cada semana.

10% diario.

10% cada mes.

RELACIONES EXTRAMARITALES:



Gráfica 27

EVENTOS ESPECIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD:

El 50% ha tenido algún aborto.

El 20% ha tenido enfermedades venéreas.

El 70% ha sido víctima de violaciones sexuales.

El 100% ha tenido intentos de violaciones sexuales.

El 50% ha tenido relaciones homoeróticas.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL WAIS

MUESTRA DE 10 ALCOHOLICAS
PUNTUACIONES EQUIVALENTES

Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Similitudes	Rel. de dígitos	Vocabulario	Cleves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-32		26	17	79-80	87-90					19
18	26	26		25		76-77	83-85	21				18
17	27	26	16	24		74-75	79-82		48			17
16	24	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47			16
15	25	22	16	22	15	67-70	72-75		46			15
14	23-24	22	15	21	14	63-64	69-71	19	44-45			14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	64-66	18	42-43	30-31		13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	26-29		12
11	17-18	19	12	15-16	12	52-53	58-61	16-16	35-35	24-25		11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	49-54	52-57	14	31-34	22-25		10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	23-30	47-51	12-13	28-30	20-22		9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-44	10-11	25-27	16-19	26-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	6-8	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-14	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	9-10	3
2	2	4	2	1	6	9	12-14	2	5	4	6-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	3	3	5-6	1
0	0	0-2	0	0	0-3	5-7	9-11	0	0-1	0-4	0-2	0

MEDIA DE EDAD

33.1 AÑOS

SUMARIO

SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. score	Punt. CI
Información	9.3	7	7
Comprensión	15.6	9	10
Aritmética	8.1	7	7
Similitudes	12.1	9	9
Rel. de dígitos	9.1	7	7
Vocabulario	8.7	11	11
Puntuación verbal		50	51
Cleves	13.9	6	7
Figuras incompletas	10.3	8	8
Diseños con cubos	27.0	8	8
Ord. de dibujos	18.5	6	6
Composición de objetos	20.2	6	6
Puntuación de ejecución		34	35
Puntuación total		84	86
Puntuación verbal 50 CI 89			
Puntuación de ejecución 34 CI 80			
Puntuación total 84 CI 84			

Análisis de discrepancias con respecto a la media escalar ($\bar{X} = 10$) (Ver tabla A).

En este primer análisis el único subtest por encima de la media fué vocabulario (II), lo que nos indica que el potencial desarrollado de la dotación natural les permite un manejo aceptable del lenguaje, que nos permite inferir posibilidades para establecer relaciones interpersonales.

Los subtests que obtuvieron los puntajes más bajos fueron los de Símbolos y Dígitos, ordenamiento de dibujos, ensamble de objetos (4 puntos por debajo de la \bar{X}), encontrándose disminuidas las capacidades visomotoras en general con deficiencias en la calidad para reproducir y/o imitar modelos; también dificultades para la planeación y anticipación, organización visual, dificultándose la percepción visual de relaciones, así como una inadecuada capacidad de integración visomotora a nivel de síntesis, reflejando pobre exactitud visual.

Los puntajes de los siguientes subtests resultaron por debajo de la media escalar, observándose una disminución estadísticamente significativa (1 sigma por debajo); en los subtests de Información, Aritmética y Retención de Dígitos, viéndose una disminución significativa de las siguientes funciones (memoria a largo plazo, atención y concentración), entre estos resultados podemos inferir que el ambiente familiar no fue muy rico en las posibilidades de estimulación temprana, así como no se desarrollaron intereses de tipo cultural, probablemente debido a aspectos como una influencia de un nivel socioeconómico bajo y -- por otro lado, estos resultados sugieren que el grupo como tal, tiene reacciones de tipo emocional tales como: ansiedad, que interfieren disminuyendo las capacidades de atención y concentración.

Dos puntos por debajo de la media se observan los subtests de figuras incompletas, mostrándose una ligera disminución en la tensión y concentración, lo que nos sugiere experiencias pobres, relacionadas con el medio ambiente, además de dificultades para la exactitud visual, se observó poco esfuerzo voluntario para atender esa atención a estímulos visuales, en el mismo rango se encuentran las capacidades de análisis y síntesis de tipo visual, sugiriendo dificultades en tareas que requieren de un mínimo de discriminación al color.

Con un punto por debajo de la media, están los subtests de comprensión y semejanzas, por lo que se puede hablar de una ligera dificultad para la formación de juicios socialmente aceptables y adaptativos, es probable que esto corresponda a un desacuerdo con respecto a las normas del grupo social, característico de sujetos con problemas de alcoholismo, por un lado, y por el otro, pocas capacidades para lograr niveles de pensamiento abstracto, observándose que el tipo de respuestas son más de -- corte funcional y concreto de nivel funcional.

2.- Análisis con respecto a la media verbal (8.3).

Sin obtener en ninguno de los subtests de la parte verbal, discrepancias significativas, observamos por encima de la media verbal, al subtest de vocabulario (2.7), considerando que el potencial desarrollado de la dotación natural es la función más importante con respecto a este análisis. Los subtests de semejanzas y comprensión están ligeramente por encima (.7), en seguida los subtests de información, aritmética y retención de dígitos que están por debajo de la media, reforzándonos en la idea de que la muestra tiene dificultades de memoria, atención y concentración.

En los subtests de ejecución, la media de rendimiento fue de 6.6, es importante resaltar que esto es inferior en dos puntos a la media verbal, lo que nos sugiere que hay más facilidad para la solución de problemas que involucran al lenguaje, que aquellos que requieren coordinación visomotora, velocidad y precisión en la manipulación de objetos, respecto a este análisis, diseño con cubos y figuras incompletas están ligeramente por encima de la media (1.4), siendo sus mejores habilidades la atención y concentración, así como el análisis y síntesis de tipo visual.

Los subtests de símbolos y dígitos, ordenamiento de figuras y ensamble de objetos, aparecen ligeramente por debajo de la media (.6), sugiriendo que las funciones de anticipación, organización, planeación, no son importantes.

3.- Comparando los datos respecto al puntaje de vocabulario, todas las funciones de la escala verbal aparecen disminuidas, en especial están los subtests de atención y concentración (aritmética, retención de dígitos), la memoria remota también presenta dificultades (información).

4.- Análisis respecto al valor esperado por grupo de edad cronológico, en este análisis todos los subtests obtuvieron las calificaciones esperadas, lo que nos indica que no hay discrepancias en ninguno de los subtests.

5.- Índice de deterioro.- A reserva del problema de validez, se observa que el índice de deterioro para este grupo resultó clínicamente significativo, el deterioro esperado para la media de edad es de 3%, obteniéndose un índice de deterioro de 9.6%, lo que resulta clínicamente significativo, y podemos inferir que ha sido el consumo de alcohol el responsable de esta --

pérdida anticipada de funciones.

Se obtuvieron valores mínimos y valores máximos. (Ver tabla B)

Los valores bajos fueron los más relevantes (aclarando -- que en esta comparación se emplearon puntajes escalares).

Revisando valores máximos, en puntajes escalares, en la -- parte verbal, vocabulario es el subtest que obtuvo la calificación más alta (más 1 sigma) comprensión y semejanzas se observan con dos puntos encima de la media y aritmética y retención de dígitos están en el valor promedio de la escala.

De los valores mínimos obtenidos en este estudio, el más -- alto corresponde a vocabulario, que resultó igual a la media es cala, todos los demás, se observan con una sigma por debajo de la media escalar, en especial el subtest de información, el -- cual resultó la calificación más baja (menos 5), podemos infe-- rir que la escolaridad y el nivel socioeconómico son los factores que han influido con mayor probabilidad en los valores míni mos obtenidos.

Ejecución.- Valores máximos y mínimos:

Diseño con cubos es el subtest que obtuvo la calificación más alta (más un sigma), ensamble de objetos, símbolos y dígi-- tos, figuras incompletas, diseño con cubos, ordenamiento de figuras, se encuentran con un valor promedio de la escala.

De los valores mínimos obtenidos en este análisis, el más alto corresponde a figuras incompletas y diseño con cubos, con una sigma por debajo de la media, símbolos y dígitos, ensamble de objetos aparecen con dos sigmas por debajo de la media esca-

lar y ordenamiento de figuras que es el subtest que tiene el menor puntaje, aparece 8 puntos (2 sigmas) por debajo de la media escalar, pudiendo inferir que en general la muestra tiene dificultades en la solución de problemas en donde tenga que hacer uso de capacidades psicomotrices y que impliquen coordinación psicomotora.

De acuerdo a la tabla C, se puede observar que de acuerdo a los valores máximos y mínimos, obtenidos por el grupo de estudio, el coeficiente intelectual verbal fluctua de 84 puntos - (subnormal) a 99 puntos (normal), mientras que el coeficiente intelectual de ejecución es de 72 puntos (límitrofe) a 102 puntos (normal), siendo que el coeficiente intelectual total fluctua de 78 puntos (límitrofe) a 97 puntos (normal).

Y de acuerdo a los puntajes promedios obtenidos de la muestra, encontramos que:

El coeficiente intelectual verbal corresponde al rango de subnormal (89 puntos).

El coeficiente intelectual de ejecución corresponde al rango de subnormal (84 puntos).

El coeficiente intelectual total corresponde al rango de subnormal (84 puntos).

ANALISIS DE DISCREPANCIAS

TABLA A

CUANTITATIVO:

SUBTEST	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE ESCALAR	(1) ANALISIS CON RESPECTO A LA MEDIA ESCALAR X =10 =3	(2) ANALISIS CON RESPECTO A LA MEDIA VERBAL X=8.3 =3	(4) ANALISIS CON RESPECTO AL PUNTAJE DE VOCABULARIO	(5) ANALISIS CON RESPECTO AL VALOR ESPERADO POR EL GRUPO DE EDAD.	valor de diferencia.	diferencia.
información	9.3	7	-3 -1 *	-1.3 -----	-4 -1 *	7	=	
compren.	15.6	9	-1 -----	+ 0.7 -----	-2 -----	9	=	
aritm.	8.1	7	-3 -1 *	- 1.3 -----	-4 -1 *	7	=	
semej.	12.1	7	-1 -----	+ 0.7 -----	-2 -----	9	=	
ret. dig.	9.1	7	-3 -1 *	- 1.3 -----	-4 -1 *	7	=	
vocabul.	51.7	11	+1 -----	+ 2.7 -----	-----	11	=	
(3) ANALISIS CON RESPECTO A LA MEDIA DE EJEC.								
simbolos y dígito	33.9	6	-4 -1 *	- 0.6 -----	-----	6	=	
fig. inc.	10.3	8	-2 -----	+ 1.4 -----	-----	8	=	
diseño con cuñas	27.0	8	-2 -----	+ 1.4 -----	-----	8	=	
ord. dib.	14.5	6	-4 -1 *	- 0.6 -----	-----	6	=	
ensamble de obj.	20.2	6	-4 -1 *	- 0.6 -----	-----	6	=	

TABLA B

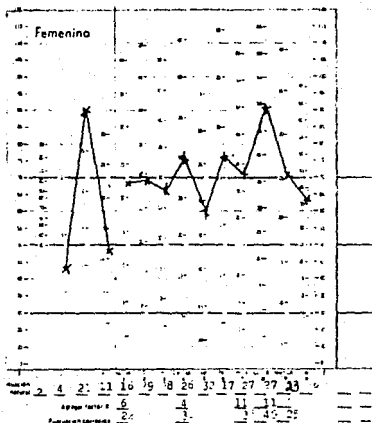
VALORES MAXIMOS Y VALORES MINIMOS OBTENIDOS CON PUNTAJE ESCALAR

SUBTEST	VALOR MAXIMO	VALOR MINIMO
Información	8 (-2)	5 (-5=-1) *
Comprensión	12 (+2)	6 (-4=-1) *
Aritmética	9 ----	6 (-4=-1) *
Semejanzas	12 (+2)	7 (-3=-1) *
Ret. de Dig.	9 (-1)	6 (-4=-1) *
Vocabulario	13 (+3=1) *	10 -----
Simb. digitos	9 (-1)	4 (-6=-2) **
Fig. incompletas	10 ----	6 (-4=-1) *
Diseño con cubos	13 (+3= +1)	6 (-4=-1) *
Ord. de dibujos	9 (-1)	2 (-8=-2) *
Ensamble de objetos	11 (+1)	4 (-6=-2) *

TABLA C

	valor máximo	valor mínimo	media
Puntuación verbal	59	45	51.6
Puntuación de ejecución	51	29	38.3
Puntuación total	106	74	77.7
C.I verbal	99	84	89
C.I ejecución	102	72	84
C.I total	97	78	84

Interpretación de la prueba del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI.



De acuerdo a las normas de Minnesota:

El perfil global del grupo estudiado debe interpretarse --

con cautela, ya que la escala F aparece arriba de T 80 (90) -- sin embargo esta elevación pudo ser debida a la baja escolaridad que tienen las pacientes, así como a su bajo nivel socio-económico, lo cual pudo provocar que no se entendiera en su totalidad el verdadero sentido de los reactivos relacionados con el coeficiente intelectual.

Escalas de validez.-

L (42) En general la prueba fué contestada con honestidad, el grupo estudiado exageró sus problemas emocionales, tratando de aparentarse con mayores dificultades que las reales.

F (90) El puntaje de K (47) refleja la baja escolaridad de las pacientes, existiendo la tendencia a la infravaloración, insinuando que las defensas de corte neurótico tienen poca efectividad, a la vez de que el grupo estudiado presenta a una tendencia de debilidad del Yo.

La configuración del perfil de las escalas de validez representa la llamada de auxilio por parte de las pacientes, las cuales aceptan y reconocen tener problemas emocionales y demandan una rápida ayuda para resolver sus conflictos, ya que se sienten incapaces de solucionarlos por sí mismas.

Configuración 846.-

Las personas con este tipo de perfil no parecen adaptarse a sus ambientes. No están conformes con la autoridad y es posible que guarden rencor, con frecuencia pueden adoptar opiniones religiosas o políticas radicales. Su conducta es errática e impredecible, tienen notables problemas con el control de

impulsos. Tienden a ser coléricas, irritables y rencorosas, pudiendo actuar de forma antisocial. Esta combinación con la presencia de la escala 1 (69), hace ver que las pacientes pudieron haber tenido un abuso de bebidas alcohólicas, pues este tipo de configuraciones es el característico de personas alcohólicas. Indicando que en sus historias personales por lo general puede existir un bajo nivel de éxito, desempeño irregular y una adaptación marginal.

Las pacientes pueden presentar sentimientos de inseguridad y poder tener necesidades exageradas de atención y de efecto. Los conceptos de sí mismas son muy escasos, pareciendo como si ellas se predispusieran al fracaso y el rechazo. Pueden ser desconfiadas con los demás, evitan las relaciones íntimas. Tienden a alejarse y aislarse socialmente.

Perciben al mundo como algo amenazante, rechazante, siendo su respuesta la de alejarse y aislarse o de montar en cólera, como una defensa contra la posibilidad de ser heridas. -- Aceptan poca reponsabilidad por su conducta y tienden a hacer uso del mecanismo de defensa de proyección, culpando de sus conflictos a otras personas.

Además se observa que las pacientes tienden a ser rebeldes, pueden participar, o participaron en algunos actos de tipo antisocial. Existiendo una posibilidad de no aceptar normas sociales, así como rebeldía y agresión hacia figuras que representan autoridad. Siendo probable que alguna de las pacientes haya tenido dificultades con las autoridades civiles, ya sea por actos delictivos o bien por el mismo abuso de alcohol.

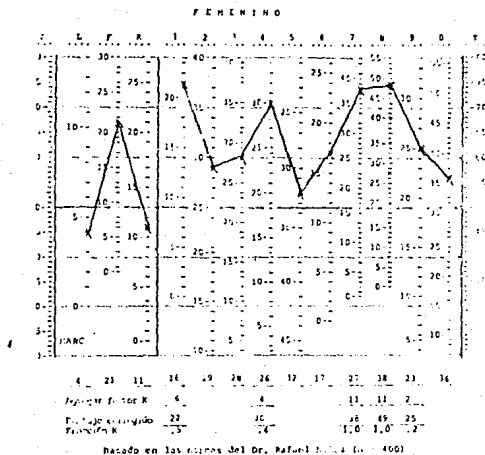
El perfil se encuentra con la escala 8 (90) como la más elevada, siguiéndole las escalas 4 (75) y 6 (75), las cuales --

son escalas activadoras, por lo que el perfil representa una - peligrosidad, no habiendo ninguna escala control que pueda inhibir a tales escalas activadoras, por lo que las pacientes -- pueden tener una gran cantidad de agresión, sintiendo poca culpabilidad.

El perfil sugiere que las pacientes puedan llegar a un cuadro psicótico, y cuando esto sucede, algunos casos pueden presentar confusión, delirios y alucinaciones, incluso pueden tornarse agitadas y violentas bajo la influencia del alcohol.

Generalmente el diagnóstico propuesto es de reacción esquizofrénica, tipo paranoide. Las pacientes pueden presentar delirios persecutorios e ideas de grandeza, poco realismo en cuanto a la enfermedad (Pruebas psicométricas de la Personalidad) del MMPI Núñez R Ed. Trillas cap. 3 y 5.

Interpretación del perfil de acuerdo a las normas del Valle de México.



El perfil global del grupo estudiado, puede ser interpretado, ya que las escalas de validez presentan puntajes en donde se acepta la validez del perfil.

Escalas de validez.-

L (45) En general la prueba fue contestada con honestidad, el grupo estudiado reconoce tener algunos problemas emocionales, habiendo una tendencia a exagerar tales conflictos, con -

el propósito de recibir una ayuda para solucionar dichos problemas (F-67). El grupo respondió sin defensas (K-47), reflejando el puntaje de K la baja escolaridad de las pacientes, -- existiendo una tendencia a la infravaloración por parte de las pacientes, insinuando que las defensas de corte neurótico tienen poca efectividad, a la vez de que el grupo de las pacientes estudiado presenta una debilidad del Yo.

La configuración de las escalas de validez, representa la llamada de auxilio por parte de las pacientes, las cuales aceptan y reconocen tener problemas emocionales y demandan una ayuda para poder darles solución, pero a diferencia del perfil basado en las normas de Minnesota, no exageran su problemática emocional.

Por otro lado en este perfil se observa que la configuración del perfil de las escalas clínicas difiere del primero, pues la escala de mayor elevación es la escala 1 (75). Mientras que la escala 6 (61) aparece con una altura poco significativa, en relación con la configuración anterior, existiendo mejores controles en el perfil basado en las normas mexicanas.

Configuración de las escalas clínicas 1874.-

En este perfil el grupo estudiado tiende a exagerar sus quejas somáticas y los síntomas físicos.

Es probable que existan síntomas hipocondríacos graves, -- particularmente, dolores de cabeza no específicos, las pacientes pueden parecer indecisas y ansiosas.

Por lo general las personas con una combinación 14 muestran rebeldía hacia el hogar y los padres, siendo poco factible que expresen abiertamente o directamente estos sentimientos. --

Con esta configuración, se hace ver nuevamente la posibilidad de que las pacientes hayan abusado de las bebidas alcohólicas, pudiendo existir una gran historia de borracheras, desempleo y problemas familiares relacionados con el alcoholismo.

De acuerdo a la combinación, las pacientes pueden albergar muchos sentimientos de hostilidad y de agresión, no siendo capaces de expresar dichos sentimientos en forma adaptativa, lo que puede dar como resultado que las pacientes se sientan "embotelladas", o bien pueden ser excesivamente agresivas y exageradamente insoportables. Se pueden sentir socialmente inadecuadas, especialmente cuando están rodeadas por miembros del sexo opuesto.

Existe la probabilidad de que carezcan de confianza en las demás personas, manteniéndose alejadas socialmente. Tendiendo a tener un estilo de vida nómada y una historia laboral deficiente.

Las pacientes pueden ser pesimistas en su concepto de vida, exigentes, malhumoradas y quejumbrosas en sus relaciones interpersonales.

En este perfil se observa la escala 1 con mayor altura, siguiendoles la escala 7 (15) y la 8 (75), con lo que la escala 7 provoca ansiedad y sentimientos de culpa en las pacientes, probablemente por involucrarse en actos de tipo antisocial, como lo es el abuso de alcohol. La presencia de la escala 7 impide la aparición de un cuadro agudo psicótico, pues avisa de la cronicidad del cuadro.

Interpretación de las pruebas de lápiz y papel (Técnica - Buck modificada).

Arbol de Kock (Técnica modificada)

Determinantes estructurales.-

Para las tres figuras de árboles (No. 1, loco y enfermo)- se encontró que la posición se orientaba en el cuadrante superior izquierdo; por lo que las pacientes tienden a ser personas introvertidas, pasivas, nostálgicas, tendiendo a aislarse del entorno social, suelen vivir en un mundo de ensoñación y de fantasía, recordando muchas vivencias del pasado.

No existe una adecuada proporción entre la altura del tronco y de la copa, lo cual hace ver que las pacientes se abocan más a la fantasía que a los aspectos de la realidad.

Se observó que la secuencia de los dibujos fue la esperada para los tres árboles; iniciando el dibujo por el tronco, la copa y finalmente las ramas.

Presentando los siguientes tipos de líneas: grueso, fuerte, nítida, quebrada y un cambio brusco de línea; lo que indica que probablemente las pacientes presentan rasgos de inseguridad, hostilidad, presentando indicios de incoordinación psicomotora, lo cual puede ser resultado del uso excesivo de las bebidas alcohólicas.

En el árbol loco se observó un sobreamiento denso; pueden deberse a rasgos de ansiedad al tratar de dibujar un árbol loco.

En los árboles loco y enfermo se pueden encontrar la presencia de algunas omisiones, siendo que las pacientes tienen -

poca capacidad de observar pequeños detalles, pobre juicio lógico, pudiéndose detectar rasgos de ansiedad en las pacientes.

No encontrando elaboraciones en las figuras de manera significativas.

Determinantes de contenido para el árbol.-

Copa esférica; las pacientes que conformaron el grupo de estudio tienden a lo fantástico, pudiendo haber una falta de sentido constructivo, inclinaciones y aspiraciones no diferenciadas, pudiendo ser vanidosas, presuntuosas, ingenuas, siendo factible que sean personas fácilmente sugestionables e impresionables, tienen poca conciencia de lo que emocionalmente expresan.

Determinantes de contenido para el árbol loco-

Trazo fuerte lleno de presión, trazo llano; existe una posibilidad de que las pacientes presenten un impetu creador además de que el grupo estudiado tiende a inclinarse por gozar -- las cosas en el momento.

Se observa que el grupo de estudio presenta un concepto de locura aceptable y que esta acorde con la realidad de las propias pacientes, siendo el concepto de locura algo bien definido, en donde las pacientes consideran a la locura, como una transformación de la personalidad.

Determinantes de contenido para el árbol enfermo.-

Rama en raya simple; existe regresión y letargo en las pacientes.

Expresión del trazo: fuerte de presión; existe una tendencia de existir un ímpetu creador en las pacientes, que con todas las inhibiciones penetra en la profundidad.

Trazo quebradizo; las pacientes suelen ser muy frágiles e invulnerables.

Trazo congestionado; presentan fuertes inhibiciones pulsionales.

Ascendentes; las pacientes tienden al fanatismo, son violentas, iracundas, afectivamente son excitables, son entusiasmadas, presentan una falta de juicio, existe una tendencia de -- que preponderen los deseos, existiendo una falta del sentido de la realidad.

Equilibrio entre ambos lados de la copa; las pacientes no son capaces de desprenderse de sí mismas, son posesivas, le temen a la realidad por estar prendadas de sí mismas, existe una sobrestimación de sí mismas, son perseverantes.

Formas de espina y puñal; existe una tendencia a tener ímpulsos agresivos en las pacientes, incluso contra ellas mismas, así como una actitud de defensa, son de carácter punzante, tienden a ser susceptibles e incluso hostiles.

Siendo el concepto de enfermedad que presentaron las pacientes el de una alteración del estado normal, es la falta de salud causada por no tener una adecuada alimentación, atención y cuidado hacia el árbol, es decir hacia sí mismas.

Figura de la Casa.-

Aspectos estructurales y formales.-

Se encontró que los dibujos se orientan en el cuadrante superior izquierdo, de lo cual ya se habló en el árbol.

No existe una adecuada proporción entre la casa y sus componentes, por lo que las pacientes tienen un pobre sentido de realidad, dándole más importancia a lo fantástico que a lo real, hay poco sentido lógico.

Se observó que la secuencia de los dibujos fue la esperada, dibujando el piso, las paredes, el techo y finalmente los detalles.

El tipo de línea que presentan los dibujos son los siguientes: raya bellosa o quebrada, la cual es la línea típica de las personas alcohólicas.

No se observan sombreados, ni omisiones en los dibujos.

En algunos dibujos existen elaboraciones, sin que esto sea significativo para la totalidad del grupo estudiado.

Determinantes de contenido.-

La presencia del techo y de las paredes se manifiestan de la manera en que se espera.

Presencia de ventanas; existe una tendencia de rasgos voyeuristas en las pacientes, pudiendo ser también un intento de sociabilización por parte de ellas.

Las pacientes se perciben frías, poco afectivas, con un --

pobre contacto interpersonal, siendo difíciles las relaciones - que requieren intimidad.

Existe poca interacción con los familiares, presentando -- una falta de calidez afectiva en las relaciones familiares, -- siendo pobre la comunicación entre los integrantes de las familias de las pacientes.

Las pacientes son personas endebles, débiles de carácter, son fácilmente sugestionables, presentan primitivismo e inmadurez emocional, tienden a aislarse del entorno social, pudiéndose observar algunos rasgos de desmoronamiento y derrumbamiento en la estructura Yoíca de las pacientes, teniendo una infravaloración de sí mismas y una autoestima baja.

Figura del animal.-

Aspectos estructurales y formales.-

Los dibujos fueron hechos en el cuadrante central superior izquierdo, con una tendencia por inclinarse hacia el cuadrante superior derecho; lo cual indica que las pacientes tienden a la fantasía, tienden a huir de la realidad, pudiendo tener conductas místicas, siendo probable la existencia de sentimiento de culpa, posiblemente por haber realizado algún acto antisocial.

La proporción de los dibujos tiende a ser la esperada.

Se observó en los dibujos la secuencia esperada, dibujando primero la cabeza y luego el cuerpo y los detalles.

Presentan los siguientes tipos de líneas; gruesa, fuerte, nítida quebrada y un cambio brusco de línea. (Cabe señalar que

de estos rasgos ya se habló en el árbol).

Se observan algunos sombreados densos y tenues, lo cual puede deberse a la presencia de ansiedad en las pacientes al realizar los dibujos.

No se encontraron borraduras, omisiones o elaboraciones -- significativas en el grupo de estudio.

Determinantes de contenido.-

Al interpretar la figura del animal, se puede percibir que las pacientes presentan una personalidad primitiva, tienden a ser infantiles, son inseguras de sus propias capacidades, tienden a infravalorarse, son muy endeblés y dependientes afectivamente, pudiendo presentar una fuerte debilidad de carácter.

El autoconcepto ideal que presentan las pacientes es pobre y primitivo, con pocas aspiraciones y metas, son frágiles en su personalidad, el grupo de las pacientes presenta un autoconcepto poco claro, mal definido.

Figura humana.-

Determinantes estructurales y de contenido.-

La posición de las figuras se orienta en el cuadrante superior izquierdo, de lo cual ya se ha mencionado su significado.

Existe una proporción adecuada entre las partes de las figuras.

En las dos figuras se observó la secuencia esperada, es de

cir, primero dibujaron la cabeza, luego el cuerpo y finalmente los detalles.

Presentando los siguientes tipos de línea: línea quebrada o fragmento, línea reforzada, rasgos de los cuales ya se ha mencionado el significado.

Siendo la primer figura dibujada la correspondiente al - - sexo de las pacientes, a excepción de un caso, quien dibujara - primeramente al varón.

No se encontraron borraduras, sombreados o elaboraciones.

Determinantes de contenido.-

Figura No. 1

Cabeza grande; existe una tendencia hacia la vanidad, al - egocentrismo, observándose rasgos paranoídes y una posibilidad de frustración intelectual, ó bien una tendencia a encontrar un coeficiente intelectual bajo en las pacientes.

Piernas abiertas; no existe un equilibrio entre las tres - esferas de la estructura de la personalidad (razón, afecto y sexualidad), puede existir en las pacientes una lucha por poseer mayor poder y control racional, así como físico que el varón.

Línea de cintura; las pacientes presentan dependencia afectiva.

Figura No. 2 varón.-

Se encontraron los mismos determinantes que en la primer - figura, siendo únicamente un rasgo que se presentará de modo di - ferente:

Ojos sin pupilas; existe una posibilidad de que el grupo - estudiado presente una marcada aversión para aceptar los estímu - los ambientales, habiendo introversion en ellas y una tendencia a lo fantaseoso.

Encontrando los siguientes rasgos de agresión de acuerdo a la tabla de Soto Barrera M. J. :

Ojos sin pupilas, cabeza grande y línea reforzada.

Interpretación del test gestáltico visomotor de L. Bender.

Este test se aplicó con el objeto de detectar algún daño - orgánico en las pacientes, observando que no existe lesión cere - bral o daño orgánico significativo en el grupo de estudio, a -- excepción de una de las pacientes que presentó resultados sospe - chosos de tener alguna lesión cerebral.

Discusiones y conclusiones.-

Un aspecto que puede ser trascendental y de gran relevancia es que en la totalidad del grupo estudiado, existieron abuelos y padres con problemas de alcoholismo, revelando con estos datos el probable heredo-alcoholismo en las pacientes, así como también se pudo haber dado el proceso de imitación de los modelos impuestos, iniciando una ingesta de bebidas alcohólicas, -- por seguir el ejemplo tanto de los padres como de los abuelos. Además de que con la constante interacción con personas alcohólicas. Este factor pudo haber provocado que las pacientes en su infancia hayan podido experimentar un sentimiento de rechazo hacia las conductas de ingesta alcohólica de sus familiares, pero que también debido a la identificación de roles y patrones que observaran las pacientes en los familiares, esto haya influido para que en la vida adulta basaran sus propias conductas en los patrones aprendidos en la infancia. (Entrevista)

Una gran parte de las pacientes realizó la primer ingesta o intoxicación alcohólica, en un intento desesperado de escapar a sus propias realidades, siendo las propias pacientes quienes así lo refirieran en la entrevista individual, mostrando que el abuso de las bebidas alcohólicas, no fuera por placer o por deseo; reflejando la inseguridad y la poca confianza en sí mismas, buscando en el consumo de alcohol una fácil solución, así como un refugio de sus propios problemas, no teniendo la capacidad de afrontar y resolverlos de un modo responsable (entrevista y MMPI).

Entre las 10 mujeres estudiadas, la mayoría de ellas fue--

rón hijas no deseadas, viviendo en su infancia y adolescencia - un rechazo manifiesto por parte de los padres (ambos), provocando que desde muy niñas, las pacientes se sintieran repelidas, - percibiendo al mundo circundante aversivo y hostil (entrevista), por lo que desarrollarían una actitud de defensa, aislándose del medio ambiente, además de provocar en ellas sentimientos tales como: minusvalía, falta de expresión afectiva, así como una -- gran agresión hacia el propio medio ambiente, como también así mismas (MMPI , Machover).

Existe también otro factor que de alguna manera pudo influir para que las pacientes realizaran una ingesta de productos - alcohólicos, me refiero a que al ser niñas las pacientes experimentarían el abandono del padre, ya sea porque la figura paterna se ausentara del hogar por un tiempo indefinido, o bien porque se manifestara un rompimiento de la relación conyugal, lo - cual pudo propiciar que las pacientes no tuvieran una figura de identificación paterna, siendo posible que las pacientes no lograran discernir totalmente las diferencias de los roles sexuales y para crear estas diferencias, hayan optado por realizar - algunas conductas y actividades características a los roles - - masculinos, además de que al observarse una carencia de la figura paterna, las pacientes pudiesen crear sentimientos de inseguridad en sí mismas, provocándose un sinnúmero de conflictos emocionales, que en la vida adulta propiciarían de forma directa e indirecta el alcoholismo de las pacientes (entrevista).

Nueve pacientes del grupo estudiado revelan que en la infancia no estaban conformes con su propia sexualidad, deseando haber sido varones y no mujeres, pudiendo provocar el deseo inconsciente o consciente de adoptar conductas y hábitos propios al sexo opuesto, o sea el masculino, siendo una de estas conductas la "del uso y abuso de las bebidas embriagantes". En la - -

prueba de la figura humana, nueve de las pacientes perciben al varón con menores capacidades y poder que la mujer, subestimando y minimizando al varón, además de observar diversos sentimientos de hostilidad hacia la figura del sexo opuesto (Machover.)

Todo esto es apoyado por la información proporcionada por las pacientes, al referir que durante la infancia y adolescencia, realizaran una gran variedad de actividades típicas del varón, comportándose como si en realidad fuesen varones, manifestando en tales conductas, hosquedad, agresividad, rudeza, incluso considerando los relatos de las pacientes, hubo un claro rechazo por las tareas y actividades asignadas a la mujer, teniendo por interés por los quehaceres domésticos, una falta de expresión afectiva, prefiriendo el trato social con personas del sexo opuesto. (Entrevista).

En el grupo de mujeres estudiadas existen dificultades en la aceptación de normas sociales, así como de tener conflictos con las personas que representan autoridad, siendo rebeldes y tratando de romper cada vez que se pueda los convencionalismos sociales (MMPI).

Se observa también que las pacientes son ansiosas, siendo posible que experimenten sentimientos de culpa por los actos de tipo antisocial que cometieron (estudio global).

La totalidad de las pacientes presentan además una fuerte debilidad y flaqueza en la estructura Yoíca, presentando labilidad emocional, siendo volubles tanto en su carácter como en su tono emocional. (Técnica Buck y MMPI).

Siete de las pacientes fueron víctimas de violación sexual en la infancia o en la adolescencia, en la mayoría por los pro-

pios padres, y en algunos casos por tíos hermanos de las pacientes, recibiendo un abuso sexual por parte de estos en diversas ocasiones, pudiendo ser la agresión sexual un factor muy importante para propiciar el alcoholismo de las pacientes, y que el abuso de las bebidas alcohólicas haya sido un claro intento de olvidar y/o superar los conflictos y traumas provocados de manera inconsciente por las violaciones sexuales. Pues es de sospechar que el ser el padre o un tío los agresores sexuales, se ha ya creado en las pacientes tal sentimiento de culpa, que durante gran parte de su vida se hayan atormentado con la idea de haber sido corrompidas, no pudiendo manifestar de forma abierta la agresión y el coraje sentidos contra el agresor sexual, por ser un familiar directo, ocasionando que diversos mecanismos de defensa se formaran para encubrir el sentimiento de hostilidad hacia el padre, adoptando inconscientemente conductas y hábitos propios del padre o de la figura masculina, pudiendo observar en el momento mismo en que las pacientes manifestaran y reconocieran la violación sexual, un considerable incremento en la ansiedad, percibiendo además los sentimientos de culpa y suciedad que expresaran las propias pacientes, siendo particularmente difícil haber podido ahondar en este aspecto, por razones que son comprensibles, pudiendo constatar que la violación sexual pudo haber sido un factor psicológico que creara diversos sentimientos en las pacientes tales como: minusvalía, inseguridad, ansiedad, culpa, rechazo al varón, etc., los cuales de acuerdo a las referencias de las pacientes eran sanados y/o superados como mediante la ingesta de bebidas alcohólicas. (Entrevista).

Cabe señalar que el total del grupo estudiado tuvo varios intentos de violaciones, tanto por el padre, algún tío o desconocido, durante la infancia o la adolescencia, siendo muy posible que este factor, haya sido uno de los factores psicológicos de mayor importancia para propiciar el alcoholismo en las muje-

res estudiadas (entrevista).

También se observó que en las pruebas aplicadas aparece de forma constante la presencia de algunos rasgos tales como: inmadurez, una gran demanda y necesidad de afecto y atención, existiendo una tendencia a la fantasía, presentando algunas pacientes fantasías regresivas, de corte esquizoide, lo cual pudiese ser una actitud de defensa, tratando de compensar la propia realidad de las pacientes; se observa una inclinación hacia la ensoñación y melancolía, así como un fuerte apego a las vivencias tempranas, como también a la madre, manifestando al mismo tiempo una dependencia afectiva hacia la madre. (Técnica Buck).

En su totalidad el grupo estudiado, presenta algunos rasgos de personalidad paranoide, haciendo que las pacientes desconfíen del medio circundante y de las personas que las rodean todo esto sin que haga del comportamiento de las pacientes algo suspicaz (MMPI y Machover).

En el grupo estudiado no se detectó daño orgánico de importancia, a excepción de una paciente, la cual presentó posibilidades de una lesión cerebral, descartando con esto la posibilidad de que el alcoholismo tenga sus orígenes por alguna lesión cerebral, claro está que esto no se puede generalizar al resto de la población, por razones del mismo estudio, además de que esto no era propósito del presente trabajo. (Bender)

Se observó durante la entrevista que las pacientes han tenido dificultad para establecer relaciones interpersonales, no pudiendo profundizar en el trato afectivo, asimismo han tenido una marcada dificultad para poder establecer relaciones de pareja, no pudiendo hacer estas relaciones profundas y duraderas, muy probablemente a factores como los que se han mencionado an-

tes (Entrevista y Técnica Buck).

Es importante mencionar con la reserva que se requiere de que el rendimiento del grupo estudiado, los resultados obtenidos en la escala de inteligencia Wechsler, permite inferir que la disminución prematura de las capacidades intelectuales pueda ser debido al abuso de las bebidas alcohólicas, pues es notable el deterioro que se empieza a observar en las diversas funciones y capacidades, por ejemplo las tareas que requieren atención y concentración, coordinación visomotora, memoria a largo plazo, análisis y síntesis, como las más importantes en este deterioro (WAIS).

Limitaciones y sugerencias.

Esta investigación no pretende en momento alguno decir -- cuantos factores psicológicos propician el alcoholismo, tan so lo pretende detectar algunos factores psicológicos que sean -- causantes del alcoholismo de la mujer mexicana, es por ello, -- que los resultados no pueden ser generalizables a toda la población, pero si pueden ser utilizados como base de apoyo para nuevos estudios similares en el campo, y tal vez con menores -- limitaciones que las que tuviera el presente estudio.

En primer lugar me encontré con las dificultades que ofrece la limitación de las características de la muestra. Ciertamente es que el alcoholismo en la mujer en México ha proliferado en tiempos recientes, uno puede sospechar de un gran número de alcohólicas, pero en realidad son pocas las mujeres que reconocen y aceptan su problemática surgida por el abuso de las bebidas alcohólicas, siendo un menor el número de ellas que recurren a algún Centro de Alcohólicos Anónimos en busca de una recuperación, y es en este punto en donde apenas inician las limitantes, pues para empezar, los grupos de alcohólicos anónimos, no aceptan la participación del psicólogo, ya que en sus propias bases normativas evitan la evaluación psicológica, --- existiendo diversas manipulaciones sobre las (los) alcoholicas (os) de los grupos, haciendo más difícil el trabajo de investigación por parte del profesional de la conducta humana el cual tiene que romper con una serie de mitos y prejuicios en contra de la propia psicología.

Cabe señalar que dentro de la organización de Alcohólicos Anónimos, existen agrupaciones, en donde de manifiesto rechaza

ron la participación de sus integrantes en este estudio, estos son los llamados grupos de alcohólicos anónimos 24 Horas, siendo relativamente mayor la cooperación de los grupos de Alcohólicos Anónimos denominados como tradicionales, encontrando en estos una participación más franca y abierta, sobre todo en -- aquellos grupos de extracto socioeconómico bajo, no pudiendo penetrar en lo absoluto a los grupos de nivel socioeconómico alto, por lo cual no se pudo establecer una comparación muestral de acuerdo al nivel socioeconómico.

no se descarta que las características anteriores hayan podido influir en los resultados de la presente investigación, lo que aminora la posibilidad de que se puedan hacer generalizaciones, pues no se pudo controlar el nivel socioeconómico.

Además se debe hacer la mención de que el haber sido un investigador del sexo masculino, pudiera haber influido para que los pacientes en su totalidad, no expresaran con plena confianza la información a ellas solicitada, o incluso, esto pudiese haber influido para no haber logrado una muestra mayor a la que se tuvo acceso.

Otro elemento que limitó en gran medida este estudio es la poca bibliografía sobre la condición real y actual del alcoholismo en la mujer, cierto es que existe una gran cantidad de material que aborda el problema del alcoholismo, sin embargo se hace la aclaración de que el material existente sobre el alcoholismo es básicamente acerca sobre el problema en el varón, siendo que la psicodinámica de la personalidad de la mujer, puede ser y tener muchas diferencias, más aún en nuestra cultura, donde aún existen prejuicios hacia la mujer, y que por lo tanto, la mujer dentro de su medio socioeconómico-cultural, tiende a reprimir más sus impulsos emocionales.

Un factor que sin ser limitante prolongó la elaboración - de este estudio, fue el requerimiento de una gran cantidad de tiempo para poder conformar el grupo de estudio, para la realización de la entrevista a cada una de las integrantes, así como de la aplicación de las pruebas psicológicas (proyectivas y psicométricas). Tiempo que se tuvo que adaptar a las propias - necesidades y oportunidades de todas las alcohólicas, quienes en la mayoría no disponían de un horario fijo en sus fuentes - laborales.

Considerando el elemento más importante que limitó al presente estudio, es precisamente la característica de ser un estudio exploratorio de casos, lo cual impide la generalización en gran medida del inmenso caudal de información, que por términos de costos económicos y didácticos, no permiten el manejo de la información de manera global, teniendo que sacrificar -- y/o eliminar una gran cantidad de material e información, que pudiera incrementar los alcances de esta investigación.

Por todas estas limitaciones se sugiere lo siguiente para posteriores investigaciones afines a la presente:

Propiciar trabajos interdisciplinarios con las agrupaciones de Alcohólicos Anónimos.

Realizar estudios sobre alcoholismo en grupos de Varones y en grupos de Mujeres, comparando a su vez los diferentes niveles socioeconómicos y culturales, además de efectuar estudios afines en poblaciones que no padezcan alcoholismo, lo - - cual puede permitir una más amplia comparación, a efecto de poder contar con mayor información y control al respecto y propiciando así una amplia objetividad, así como una mejor confiabilidad.

Realizar investigaciones con las pruebas proyectivas en diferentes poblaciones, a fin de poder discriminar los factores psicológicos relacionados al alcoholismo, en comparación con la población normal, con lo que se podrá observar el efecto de las pruebas proyectivas en la detección de alcoholismo.

Realizar las debidas estandarizaciones de las pruebas proyectivas, considerando la realidad misma que se vive en la sociedad Mexicana.

Referencias bibliográficas.-

- 1.- Ackerman Nathan W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares: Psicodinamismos de la Vida Familiar. 6a. edición. Ed. Buenos Aires Horme, México 1978.
- 2.- Alcohólicos Anónimos. Hay una Solución, México 1963.
- 3.- Alcohólicos Anónimos. Tres charlas a Sociedad Médicas. Alcohólicos Anonymous World Services, Inc. México, 1984.
- 4.- Alcohólicos Anónimos. Esto es A.A... una introducción al Programa de A.A. Alcohólicos Anonymous World Services, Inc. México, 1984.
- 5.- Alcohólicos Anos. Versión Castellana. United States of América. New York, 1962.
- 6.- Alcohólicos Anos. Viviendo con un Alcohólico con Ayuda de A.A. New York, U.S.A. Ed. Family Headquarters, Inc. -- 1974.
- 7.- Beckman Linda J. Self-estem of women alcohólics Journal of studies on alcohol V. 39 Núm. 3, 1978.
- 8.- Bender L. Test Gestáltico Visomotor. Ed.

- Paidós, Buenos Aires, 1969.
- 9.- Bernard Henry J. Diagnóstico y Tratamientos Clínicos por el Laboratorio. 7a. Ed. Salvat. Barcelona, 1984.
- 10.- Bohinski R.C. Bioquímica. Ed. Fondo Educativo Interamericano, E.U.A., 1978
- 11.- Cabildo H. Consideraciones epidemiológicas sobre el Alcoholismo en la República Mexicana, Acta Psiquiátrica América Latina, Vol. 6 No. 1 México, 1965.
- 12.- Charles T. Alcoholismo Ed. Horme SAE. Buenos Aires, 1979.
- 13.- Chopfn G.R. Química. Publicaciones Culturales, S.A. 15a. reimpresión. México, 1977.
- 14.- Consumo del alcohol y Problemas Afines. 1983. Versión condensada del Documento Básico para las discusiones técnicas 35a. Asamblea Mundial de la Salud. O.M.S., 1981.
- 15.- Dana R,H. Teoría y práctica de la Psicología Clínica. Ed. Paidós. México.
- 16.- DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtor-
- (Tr. Valdez Miyar M) Ed. Masson. Barcelona, 1983.

- 17.- Elorriaga Magurregui H. El Alcoholismo como Problema de Salud Comunitaria, Acta -- Psiquiátrica América Latina. Vol. 27, México, 1981.
- 18.- Estrada Espinoza W.C. Una Primer Revisión de los Tóxicos, Universidad Autónoma - de Nuevo León, México 1965.
- 19.- Ey H. Psiquiatría. Ed. Mc Graw Hill Book Company. París, Francia, 1982.
- 20.- Gran Diccionario Enci- clopédico Ilustrado. Editorial Selecciones del Readers Digest (Iberia) S.A.T.II Madrid, España, 1972.
- 21.- Guerra G.J. Alcoholismo en México. Archivos F.C.E. Vol. 73 México, 1977.
- 22.- Jenkins, Ph. D.L. Recovery of cognitive Abili- Jenkins O.R. ties in Mal Alcoholics E.U.A.
- 23.- Kendal F R S J. Química General. Ed. Nacional, S.A. México, 1952.
- 24.- Koch K. El Test del Arbol. Ed. Kape- lusz. Buenos Aires, 1962.
- 25.- López Cruz H. La Problemática de las Bebi- das Alcohólicas, México, 1969.

- 26.- Machover K. Proyección de la Personalidad en el dibujo de la Figura Humana. Ed. Cultural, S.A. La Habana, 1948.
- 27.- Maynes Puente S. Alcoholismo: Reseña Histórica, Rev. de la Fac. de Medicina, UNAM, vol. 2 No. 8, agosto -- 1960.
- 28.- Mc Carty R. Alcohol Education For Classroom and Community, Ed. McGraw Book Company. U.S.A. 1964.
- 29.- Medina Mora M E. El Consumo de Alcohol en la Población del Distrito Federal. Rev. Salud Clínica de México. México, vol. 22 No. 3, 1980.
- 30.- Miguéz L M Alcoholismo. Acta Psiquiátrica América Latina vol. 27 No. Mayo, México 1981.
- 31.- Milton Green B. Alcoholism Problem in women and Children ed. Grune and Stratton. New York, U.S.A., 1976.
- 32.- Millán E. La rehabilitación del alcohólico. Rev. de la Facultad de Medicina, UNAM, vol. 2 No. 8

Agosto, México, 1960.

- 33.- Miller W R Hester R K. Trating the problem Drinker -
Modern approaches, New México,
U.S.A. 1975.
- 34.- Morris E. Alcöholismo and Society, Ed.-
Chafetz, New York, U.S.A., --
1962.
- 35.- Morris E. Uso y Abuso del Alcohol. Ed.
Chafetz Ayma. Barcelona, 1970.
- 36.- Núñez R. Aplicación del Inventario Mul-
tifácico de la Personalidad -
(MMPI) a la Psicopatología.
Ed. Manual Moderno 2a. edi-
ción. México, 1979.
- 37.- Núñez R. Pruebas psicométricas de la -
Personalidad, manual práctico
del MMPI Ed. Trillas, México,
1987.
- 38.- Núñez R. Guía práctica del MMPI, ed. -
Trillas, 1988, México.
- 39.- Pittman D. Alcoholismo. Ed. Horne Sae.
Ed. Buenos Aires, 1977.
- 40.- Quiróz Cuarón A. Alcoholismo y criminalidad.
Rev. de la Fac. de Medicina,

- UNAM. vol. 2 No. 8, Agosto, -
México, 1960.
- 41.- Revista de la Fac. de Medicina, UNAM. Mesa Redonda sobre Alcoholismo. vol. XIX No. 11-12. México, 1977.
- 42.- Revista Psicología No. 34. El alcoholismo. Ed. Artes Gráficas Modernas, S.A. México - 1983.
- 43.- Reyes López P S. Manual de pruebas proyectivas de Lápiz y Papel. Soc. de Psicología Aplicada. México, 1987.
- 44.- Reyes López P.S. Taller avanzado de interpretación del MMPI. México, 1986.
- 45.- Rosisky Tuchsenaid H. Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo de alcohol. México, 1982.
- 46.- San Martín H. Salud y enfermedad. Ed. La -- Prensa Médica Mexicana 2a. -- reimpresión. México, 1984.
- 47.- Servicio Pan Americano de Protección. Manual-curso propedéutico para psicólogos. Area de Incorporación e Integración de Recursos Humanos. SERPAPROSA. México, 1987.

- 48.- Silva M M. Alcoholismo y accidentes de ---
Tránsito. Acta Psiquiátrica Amé
rica Latina, vol. 27. México, -
1981.
- 49.- Sistema Nacional Epidemiología "El Consumo de las
de Salud. Bebidas Alcohólicas" vol. 5 No.
1, México, 1990.
- 50.- Sociedad de Inves- El alcoholismo en México. Méxi-
tigaciones Socia-- co, 1982.
les.
- 51.- Soto Barrera M J. Rasgos característicos de agre-
Neri Chávez E. sión en el esquema corporal de
adolescentes homicidas determi-
nados mediante la prueba de la
figura humana de K. Machover, -
Fac. de Psicología. México, - -
1987.
- 52.- Facultad de Psico Técnicas de evaluación de la --
logía UNAM. personalidad, México, 1984.
- 53.- Todd Stanford Bioquímica, Ed. Salvat editores.
Barcelona, 1982.
- 54.- Valles B J. El Alcoholismo y la Familia.
Ed. Costa Amic, México, 1982.
- 55.- Velazco Fernández R. Esa Enfermedad llamada alcoholig
mo, Ed. Trillas. México, 1982.

- 56.- Villamil y Sotomayor J. El Alcoholismo en el Distrito Federal: Programa de Investigación. ENEP Acatlán, UNAM. México, 1988.
- 57.- Walter J S. Psicología Clínica, ed. Herder. Barcelona, 1975.
- 58.- Weisman T. Drug Abused and Drug Couselin. Cleveland and London. Press of Case Western Reserve University, U.S.A., 1972.
- 59.- Zimmerman I L. Woo Sam J.M. WAIS Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de - Wechsler para Adultos. Ed. Tea-Ediciones, S.A. Madrid, 1986.

APENDICE 1 Entrevista estructurada que se aplicó a todas las pacientes alcohólicas de la muestra.

Cabe mencionar que para la presentación de resultados de esta entrevista, solamente se tomó en cuenta aquellos datos de mayor relevancia e importancia, así como de mayor significancia para la totalidad de la muestra, a continuación se presenta la entrevista original que se realizará con cada una de las pacientes.

Número control

Edad

Religión

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

Lugar de nacimiento

Fecha de nacimiento

Tiempo de pertenecer a un grupo de Alcohólicos Anónimos.

Relaciones familiares.-

Viven los padres?

Estado civil de los padres?

Ocupación de los padres?

Como es la relación con los padres?

Tiene hermanos, cuantos?

Que lugar ocupa entre los hermanos?

Ocupación de los hermanos?

Edad de los hermanos?

Como es la relación con los hermanos?

Con quien vive?

Que trato recibió de los padres en los primeros años de vida?

Comportamiento de la familia hacia la paciente en los primeros

años de vida?

Como fue el trato de los hermanos en los primeros años de vida?

Con que hermano (a) convivía y se relacionaba más?

Le gustaba su familia en la niñez?

Que opinión tenía de su familia en la niñez?

Se sentía a gusto con su familia en la infancia?

Que trato recibió de los padres al ir a la primaria?

Que trato recibió de los hermanos al ir a la primaria?

De que manera convivía con sus padres y hermanos en la niñez?

Se ausentó algún miembro de la familia en la niñez?

Que hacía la familia los fines de semana en la infancia?

En la infancia le molestaba algo de su familia?

Sus padres o hermanos hacían algo que le molestara?

Que trato recibió del padre en la niñez?

Que trato recibió de la madre en la niñez?

Que pensaba de sus padres y hermanos en la niñez?

Existió algún problema familiar en la infancia?

Había disgustos y altercados en la familia?

Quien era el hijo (a) predilecto (a) de los padres?

Como era la relación con los padres en la adolescencia?

Que trato recibió de los padres en la adolescencia?

Con cual de los padres se relacionaba mejor?

Que opinión tenía de su familia en la adolescencia?

Como ha sido la relación con su familia después de la adolescencia?

Desarrollo.-

A que edad los padres tuvieron el embarazo de usted?

Como fue el embarazo?

El embarazo fue aceptado o rechazado?

Su madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?

Como fue el parto?

Existió alguna complicación post-parto?

La amamantaron?

Hasta que edad la amamantaron?

Como fue la alimentación de su madre despues del parto?

Existió alguna enfermedad en los primeros meses de vida?

Como fue la alimentación durante la infancia?

A que edad le empezaron a salir los dientes?

A que edad empezó a hablar?

Tuvo dificultades para aprender a hablar?

A que edad empezó a caminar?

Que enfermedades ha tenido?

Como fue el desarrollo físico en la niñez?

Tuvo eneuresis?

A que edad ceso la eneuresis?

Sufrió caídas o accidentes en la niñez?

A que edad aprendió a escribir?

A que edad aprendió a leer?

Tuvo dificultades para aprender algo en la niñez?

Tuvo algún impedimento físico?

Como fue el desarrollo físico en la adolescencia?

Aspectos socioeconómicos.-

Existió alguna carencia en la niñez?

Hubo privaciones en la infancia?

Como era el lugar físico en que habitó en la niñez?

Era casa propia?

Como era la alimentación en la infancia?

Sus padres cubrían todas las necesidades de la familia en la niñez?

Ocupación de los padres en la niñez?

Como era la alimentación en la adolescencia?

Cubrían sus padres todas las necesidades de la familia en la -
adolescencia?

A que edad comenzó a trabajar?

En que ha trabajado?

Como cubre sus necesidades básicas?

Trabaja actualmente, en que?

Relaciones afectivas.-

Recibió las adecuadas atenciones y cariño por parte de sus pa-
dres en la infancia?

Se sintió rechazada en la infancia?

Fue sobreprotegida en la niñez, por quien?

La regañaban o la castigaban sus padres en la infancia?

La regañaban o la castigaban los maestros de la primaria?

Recibió maltratos físicos por parte de sus padres?

Quizo a alguien en especial en la infancia?

Sintió odio o coraje por alguna persona en la niñez?

Que hacia cuando alguna persona la lastimaba o le hiciera da-
ño?

Tuvo el cariño adecuado de sus padres en la adolescencia?

Era querida por sus amistades y compañeros en la adolescencia?

Recibió maltrato de alguna persona en la adolescencia?

Se sintió mal comprendida en la adolescencia?

Relaciones interpersonales.-

Con quien jugaba más en la niñez?

Le gustaba aislarse de los demás en la niñez, porqué?

Tenfa amigos (as) en la infancia?

Como se relacionada con ellos?

Le gustaba hacer las cosas en grupo, o se aislaba de los demás
en la infancia?

De que manera convivía con sus compañeros (as) de la primaria?

Quien le ayudaba a hacer sus tareas de la primaria?

Como se comportaba con otras personas en la niñez?

Se identificó con alguna persona en especial en la niñez?

Que pensaba de sus amigos (as) más cercanos de la niñez?

Que le molestaba de otras personas en la infancia?

Tenía amistades en la adolescencia?

Como se relacionaba con sus amistades de la adolescencia?

A que edad empezó a asistir a fiestas o reuniones sociales?

Como era la relación con personas del sexo opuesto en la adolescencia?

Como era la relación con personas del mismo sexo en la adolescencia?

Le gustaba convivir con otras personas?

Tuvo amistades mayores que usted?

Que amistades frecuentaba más en la adolescencia?

Tuvo algún problema con personas de su edad en la adolescencia?

Como se ha relacionado con otras personas después de la adolescencia?

Desarrollo Escolar.-

Asistió a alguna guardería o kinder?

A que edad ingresó a la primaria?

Le gustaba ir a la primaria?

Que calificaciones obtuvo en la primaria?

Reprobó alguna materia o año en la primaria?

A que edad terminó de estudiar la primaria?

Estudió la secundaria, a que edad ingresó?

Quería seguir estudiando?

Podía seguir estudiando?

Que calificaciones obtuvo en la secundaria?
 Reprobó alguna materia en la secundaria?
 A que edad concluyó la secundaria?
 Realizó algún estudio después de la secundaria?

Relaciones con figuras de autoridad.-

Como se comportaba con personas con autoridad en la niñez?
 Existió alguna prohibición en la niñez, cual era su respuesta ante tal?
 Como era la relación con personas con autoridad en la primaria?
 Que trato recibió de los maestros de la primaria?
 Como se relacionaba con personas mayores en la infancia?
 Como fue el trato que le dieron los maestros en la secundaria?
 Hacía algo que sus padres no estuvieran de acuerdo o que no le autorizaran?
 Que sentía cuando le llamaban la atención?
 Le impedían hacer algo que usted quisiera hacer, quienes y por qué?
 Acataba las disposiciones que le hacían?
 Se sintió reprimida o con menores libertades que otras personas de su edad?
 Tuvo problemas con personas con autoridad, por qué?
 Que idea tenía de su padre cuando era adolescente?
 Que idea tenía de su madre cuando era adolescente?
 Ha tenido problemas con la policía?
 Ha sido detenida en alguna ocasión por la policía?
 Ha tenido problemas legales?

Pasatiempos y actividades recreativas.-

Que hacía cuando no iba a la primaria?
 Que hacía los fines de semana en su infancia?

Que hacía cuando estaba sola?
 En que se divertía en su niñez?
 Que juegos le gustaban más en su niñez?
 Que hacía su familia los fines de semana en la niñez?
 Que hacía en su tiempo libre en la adolescencia?
 Que hacía los fines de semana en la adolescencia?
 Que deportes practicaba en la niñez?
 Que deportes practicaba en la adolescencia?
 Que aficiones ha tenido?
 En que se ha divertido después de la adolescencia?
 Que actividades recreativas ha realizado después de la adolescencia?

Desarrollo.-

Describa su comportamiento de los 3 primeros años de vida:
 Se sintió sólo y triste de los 3 a los 6 años de vida?
 Como eran sus sueños en su infancia?
 Recuerda algo que le haya provocado enojo desde el nacimiento - hasta los 6 años?
 A que le tenía miedo los primeros años de su vida?
 Que era lo que más le gustaba hacer en su niñez?
 Que era lo que menos le gustaba hacer en su niñez?
 Sintió culpa por hacer algo de su infancia?
 Que era lo que más le gustaba hacer cuando iba a la primaria?
 Que era lo que menos le gustaba hacer cuando iba a la primaria?
 Tuvo algún interés en especial cuando era niña?
 Que la hacía ponerse triste en su infancia?
 Que era lo que le hacía sentir mayor felicidad en su niñez?
 Se sentía agusto consigo misma en su infancia?
 Como era su carácter cuando era niña?
 Le gustaba fantasear o soñar despierta de niña, en que?
 Se sentía una niña más inteligente?

Se sentía menos que otros niños?
Que situaciones la hacían enojarse?
Tuvo algún problema trascendente en la infancia?
Se sentía conforme con su cuerpo en la niñez?
Que le gustaba más en la adolescencia?
Que le gustaba menos en la adolescencia?
Le gustaba su cuerpo en la adolescencia?
Que era lo que más le molestaba en la adolescencia?
Que era lo que la motivaba en la adolescencia?
En su adolescencia ante que situaciones sentía coraje?
Tuvo algún tipo de envidia o resentimiento?
A que le temía en la adolescencia?
Se sintió frustrada por no poder hacer algo en su adolescen---
cia?
Se sintió culpable por hacer algo en la adolescencia?
Se sentía más guapa o más atractiva que otras muchachas de su
edad?
Estaba conforme con su cuerpo?
Había algo que la atormentara en la adolescencia?
Se creía superior que otras personas en la adolescencia?
Tenía algún "complejo" en la adolescencia?
Que hacía cuando tenía algún problema en la adolescencia?
Con que personas consultaba lo que debía hacer, en caso de no
saberlo?
Que hacía al sentirse sola y triste?
Como eran sus sueños en la adolescencia?
Tuvo pesadillas en la adolescencia?
Tuvo algún fracaso sentimental en su adolescencia?
Era feliz en la adolescencia?
Se sentía segura de sí misma?
Podría describir su comportamiento antes de que empezara a be-
ber?
Podría describir su comportamiento cuando empezó a beber:

podría describir su comportamiento cuando dejo de beber:

Desarrollo sexual.-

Recibió alguna información o educación sexual?

Como advirtió su cambio físico?

A que edad tuvo su primer menstruación?

Que sintió ante la primer menstruación?

Se masturbaba, a que edad y porqué?

Cuando tuvo la primer relación sexual, con quien?

Como fue la primer relación sexual?

Que sintió y que pensó de las primeras relaciones sexuales?

Le gustaba tener relaciones sexuales antes del matrimonio?

Con que frecuencia mantenía las relaciones sexuales?

En caso de ser casada, ha tenido relaciones extramaritales?

Con que frecuencia y con quienes?

Ha tenido algún aborto, porqué?

Cuantos hijos tiene?

Ha tenido relaciones sexuales con personas de su propio sexo?

Ha tenido alguna enfermedad venérea?

Ha usado algún control anticonceptivo?

Se masturba actualmente?

Que piensa de la sexualidad?

Ha tenido alguna violación sexual?

A que edad?

Relaciones de pareja.-

Cuando tuvo su primer novio?

Como fue la relación con él?

Que tiempo duró el primer noviazgo?

Que sintió por su primer novio?

Su primer novio la quiso?

Porqué terminó esta relación?

Se sintió agusto con esta relación de pareja?

Ha tenido otros novios?

Como ha sido la relación con ellos?

Ha tenido algún disgusto sentimental con alguno de sus novios, describa:

Que sentía al tener algún disgusto o problema con sus novios?

Como resolvían los problemas sus novios y usted?

Alguno de sus novios ingería bebidas alcohólicas, con que frecuencia?

Que sentía cuando usted era la causante de algún disgusto?

Que hacía al tener algún disgusto con su pareja?

Se sintió querida por todas sus parejas?

Ha vivido con algún compañero, sin estar casada?

Como fue esta relación?

Es casada?

Cuando tiempo tiene de casada?

Como se ha desarrollado su matrimonio?

Como es la relación con su esposo?

Que hacía cuando tenía algún disgusto con su esposo?

Alguna separación amorosa la motivaba para beber?

Ha tenido relaciones extramaritales?

Porqué lo ha hecho?

Que edad tiene su pareja?

A que se dedica su pareja?

Cual es la escolaridad de su pareja?

Su esposo ingiere bebidas alcohólicas?

Actividad alcohólica.-

Algun miembro de su familia ingería bebidas alcohólicas cuando usted era niña?

Con que frecuencia lo hacía?

En su infancia hubo reuniones sociales o fiestas en las que se consumieran bebidas alcohólicas?

Que hacía usted en estas situaciones?

Que sentía al ver que otras personas ingirieran bebidas alcohólicas en su niñez?

Existe en su familia algún alcohólico (a)?

En caso de existir algún familiar cercano alcohólico, de que manera influyó en su alcoholismo?

Porqué empezó a beber?

Cuando fué que empezó a beber?

Quien le enseñó a tomar bebidas alcohólicas?

Con que frecuencia lo hacía al principio?

Describe su primer borrachera:

Describe su primer cruda:

Con quienes bebía al principio?

Había algo especial que la motivara para ingerir alcohol?

Porqué aumentó las dosis de alcohol?

Sabía lo que hacía al estar bajo los efectos del alcohol?

Describe su actividad alcohólica:

En que momento se dió cuenta de que tenía problemas con su manera de beber?

Porqué decidió recurrir a Alcohólicos Anónimos en busca de una recuperación?

Como era su comportamiento al estar bajo los efectos del alcohol?

Describe el proceso de su recuperación?

Como fueron los primeros meses de su recuperación?

Como alcohólica, conoce las razones por las que dejó de tomar?

Que personas influyeron para que dejara de tomar?

Que factores considera que hayan sido importantes para su recuperación?

Como es su comportamiento desde que reconoce que es una persona alcohólica?

De que manera ha cambiado su vida desde el momento en que dejó el alcohol?

Como es la relación con otras personas?

Que haría usted para que otros alcohólicos (as) dejaran de beber, antes de recurrir a Alcohólicos Anónimos?

Que factores psicológicos considera que propicien el alcoholismo en la mujer?

Ha tenido problemas como consecuencia de su alcoholismo?

Ha tenido problemas con su familia como consecuencia de su alcoholismo?

Ha tenido problemas con su pareja como consecuencia de su alcoholismo?

Ha tenido problemas con la autoridad como consecuencia de su alcoholismo (ha sido detenido a causa de su alcoholismo)?

Ha tenido problemas consigo misma como consecuencia de su alcoholismo?

Que haría para prevenir el alcoholismo en la mujer Mexicana?