

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
ESCUELA DE PSICOLOGIA

PAPEL DEL PSICOLOGO EN UN
GRUPO DE PACIENTES ALCOHOLICOS

T E S I S

que presenta

MARIA DEL CARMEN CARRASCO HERNANDEZ

para obtener el título de

P S I C O L O G O

MEXICO, D. F. 1966.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2.5053.08
UNAM. 25
1966
EJ. 1



FILOSOFIA

M. - 159240

Jps. 46

Con todo cariño a mis padres

Sr. Juan Manuel Carrasco y

Sra. Catalina H. de Carrasco.

A mis queridos hermanos

Josefina

Mercedes Catalina y

Francisco.

A mis maestros

A mis compañeros y amigos.

TEMARIO.

I.- INTRODUCCION.

II.- EL ALCOHOLISMO.- Definición de paciente alcohólico.- Etiología del alcoholismo y características de la personalidad del alcoholómano y -- del paciente alcohólico, según varios au tores.

III.- EL ALCOHOL.- Resumen histórico acerca del vino.- Obten- - ción.- Clasificación.- Farmacología.

IV.- REALIZACIONES PRACTICAS:

a) LOS SUJETOS.

b) LA UNIDAD.- La Unidad Técnica.- Su organización.- La Unidad Material.

c) ESTUDIO PSICOLOGICO.- La entrevista y su finalidad.- Determinación del carácter por el método fenomenológico.- Selección de tests.- Me-
dición de la capacidad intelectual.- De--
terminación de conflictos intra e inter--
personales del paciente alcohólico en es-
te grupo.- Otros aspectos de su personali-
dad, determinados mediante el Test de Ma-
chover.- Hoja de concentración de datos -
de uno de los pacientes.

d) PSICOTERAPIA DE GRUPO.

e) PSICOTERAPIA OCUPACIONAL.

V.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

VI.- BIBLIOGRAFIA.

VII.- APENDICE.

I.- INTRODUCCION.

El uso de las bebidas alcohólicas es de aceptación social muy generalizada en la mayor parte de los países del mundo, -- sin embargo a pesar de que existen innumerables personas que -- son consideradas como bebedores normales o sociales, es decir, que pueden controlar la cantidad de su bebida, existe un grupo de personas alcohólicas que no pueden hacerlo.

En la República Mexicana se ha considerado que los estados que consumen más cantidad de alcohol por persona son: Estado de México, Puebla, Morelos, Michoacán, Tlaxcala, Colima y Tamaulipas. Aun cuando en esta lista no queda comprendido el estado de Guanajuato, es patente que en la ciudad capital del estado es grande el consumo de alcohol en proporción superior a la normal.

Por tanto habiendo sido invitada para formar parte de la Unidad Antialcohólica, el primer paso a seguir, fué delimitar el papel que como psicóloga debía realizar en la unidad y que constituye el objeto de la presente tesis, juntamente con los resultados obtenidos durante el año y cuatro meses de actividades, en que se ha llevado a cabo fielmente el plan inicial.

Establecer el papel del psicólogo, entraña en sí un problema difícil de delimitar y nos hemos guiado por las experiencias que David Shakow ha expresado en su artículo sobre psicología clínica, descrito en la psiquiatría dinámica de varios autores, encabezados por Franz Alexander, y que es el resultado de la experimentación de algunas unidades formadas por psiquiatras, trabajadoras sociales y psicólogos, en los Estados Unidos.

Por tanto se tomó como base que el papel del psicólogo, - debe tender al estudio del paciente en cuatro esferas principalmente:

- 1.- Aspectos intelectuales de la personalidad.

- 2.- Aspectos afectivos y volitivos de la personalidad, que incluyan las relaciones tanto consigo mismo, como con sus semejantes.
- 3.- Ciertos aspectos del diagnóstico clínico.
- 4.- Ciertos aspectos de la disposición del paciente y métodos educacionales.

II.- EL ALCOHOLISMO.

Definición de paciente alcohólico:

Podemos considerar paciente alcohólico a la persona que padece una enfermedad somatopsicosocial, caracterizada por la ingestión incontrolada de bebidas alcohólicas. El alcohólico no es capaz de escoger entre beber o no beber; ni es capaz de conocer cuando ha bebido demasiado, ni determinar la cantidad de bebida que puede soportar.

Terminología

Debido a que el alcoholismo ha sido considerado como una enfermedad hasta tiempos muy recientes, existe todavía confusión terminológica.

F. Alonso Fernández propone los términos siguientes:

I.- Por los efectos del alcohol:

- a) ALCOHOLIZACION AGUDA O ACCIDENTAL.- Consiste en la embriaguez aguda ocasional.
- b) ALCOHOLIZACION CONTINUADA O ALCOHOLISMO CRONICO.- Consiste en el consumo excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas que llega a producir una impregnación tóxica duradera del organismo, con presencia de alteraciones psíquicas, metabólicas y orgánicas, capaces de provocar la infelicidad de la vida del bebedor, o por lo menos de impedir su prosperidad. El adjetivo "crónico" no se refiere al consumo del alcohol, sino a los efectos de éste. Por tanto debe de considerarse a un bebedor intermitente como alcohólico crónico, si sus excesos le han ocasionado trastornos físicos o psíquicos que persisten en los lapsos de abstinencia o de sobriedad.

II.- Por los deseos de beber:

- a) LA ALCOHOFILIA.- Que es el deseo normal de ingerir bebida

das alcohólicas conservando el sujeto la libertad de dejarlo de hacer a voluntad.

Se consideran cifras normales:

- 1.- Para un adulto vigoroso, el consumo de tres cuartos de litro de vino de diez grados.
- 2.- Para una mujer, un niño o un adulto débil, medio litro de diez grados.

Sin embargo, no podemos determinar con exactitud la dosis que resulta tóxica para cada sujeto.

b) ALCOHOLOMANIA:

- 1.- ALCOHOLOMANIA PRIMARIA.- Es de origen psíquico y consiste en el deseo urgente y apremiante de la bebida alcohólica, que se presenta de un modo recurrente.
- 2.- ALCOHOLOMANIA SECUNDARIA.- Su origen es fisiológico y consiste en la dependencia física al alcohol debido a su consumo prolongado.

- c) ALCOHOLISMO SINTOMATICO.- Consiste en un comportamiento alcohólico evidente y por lo general pasajero, que no es mas que el síntoma de una psicosis o de un proceso demencial desenmascarado o no.

El término DIPSOMANIA equivale al alcoholismo sintomático. Se aplicaba este término según Marconi, a la ingestión patológica de alcohol, Posteriormente, se limitó el término a los excesos alcohólicos periódicos, precedidos, según los autores franceses, por las manifestaciones clínicas de un episodio depresivo endógeno, o, según la escuela alemana, por una distimia epiléptica con cierto grado de obnubilación de la conciencia.

Clasificación según J.R. Cavanagh y J.B. McGoldrick:

- 1.- El bebedor normal.- Es el que bebe con el fin de socia-

lizarse pero sabe cuando ha de dejar de beber. La bebida alcohólica se usa habitualmente cuando el individuo quiere relajar la tensión ocasionada por el trabajo, para -- avivar una conversación o para olvidar los acontecimientos un tanto desagradables ocurridos durante el día.

2.- Alcoholismo crónico.- Es cuando el individuo bebe en exceso sin poder controlar la cantidad de bebida. Lo consideran como una psiconeurosis que no aparece a una edad determinada ni es transmisible hereditariamente. Sólo -- aceptan una herencia social, que consiste en los hábitos adquiridos tempranamente en el hogar y los posibles efectos de una filosofía inadecuada de la vida. Hacen constatar que no hay estado alguno de cuerpo o de mente que -- pueda obligar al hombre normal a beber con exceso. No reconocen que el alcoholismo se pueda deber a factores -- desencadenantes de naturaleza química. Consideran como -- factor común del alcohólico un intenso sentimiento de inferioridad, especialmente patente en los contactos sociales. Asimismo, añaden, deben existir conjuntamente una -- serie de experiencias debilitantes.

3.- Psicosis alcohólicas.- Las definen como un trastorno -- mental grave dependiente del uso excesivo del alcohol -- que el sujeto ha ingerido, como consecuencia de la defectuosa integración de su personalidad y de los insolubles conflictos que son su consecuencia.

Aclaran que bajo este título sólo deben agruparse los casos que muestran reacciones mentales anormales y en -- los cuales existan razones suficientes para suponer que son consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol. El abuso alcohólico puede ser un síntoma de alguna otra psicosis o de alguna otra condición psicopatológica, o bien puede agravar o dar a conocer una psicosis ya existente --

de naturaleza no alcohólica. Semejantes casos deben discriminarse debidamente basándose en la historia previa y en el curso mismo de la enfermedad, y clasificarse en la categoría clínica correspondiente.

Entre las psicosis alcohólicas consideran:

- a) Embriaguez patológica.- Definición: La embriaguez patológica es una psicosis alcohólica aguda producida como reacción del individuo ante la ingestión de pequeñas - cantidades de alcohol, apareciendo una conducta agresiva, estado delirante o alucinante o alucinaciones. Este cuadro va seguido ordinariamente de un sueño profundo y de una amnesia completa del ataque.
- b) Delirium tremens.- Definición: El delirium tremens es una psicosis aguda que tiene lugar, de ordinario, después del uso excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas, o como consecuencia de la privación brusca de alcohol en una persona acostumbrada a su consumo. Sus síntomas característicos son temblor, delirio, confusión, alucinaciones y, ulteriormente, amnesia del ataque.
- c) Alucinosis alcohólica.- Definición: La alucinosis alcohólica es una psicosis aguda o crónica que se produce generalmente después de haber hecho un consumo prolongado y excesivo de bebidas alcohólicas. Está caracterizada por la presencia de alucinaciones muy vivas, -- mientras el sensorio permanece relativamente lúcido y el estado afectivo poco alterado.
- d) La psicosis de Korsakoff.- Definición: La psicosis de Korsakoff es una psicosis crónica debida al consumo -- excesivo y prolongado de bebidas alcohólicas, que se caracteriza clínicamente por un síndrome amnésico de tipo retrógrado unido a un cuadro polineurítico. Fisi-

camente se observa una neuritis periférica múltiple, con dolor agudo e hipersensibilidad a lo largo de los nervios. Puede presentarse parálisis. La forma más ordinaria es en la que se manifiestan las muñecas y los pies oscilando como péndulos, lo que ocasiona la marcha en estepaje. Los reflejos tendinosos están ausentes en las extremidades -- afectadas. Falla la memoria de hechos recientes y el enfermo confabula sobre los acontecimientos próximos. Describe vívidamente hechos que nunca han sucedido o que chocan notoriamente con las circunstancias reales de su modo de vivir. Parece poseer una conciencia lúcida, sin embargo, hay confusión, desorientación, falta de autocrítica y deterioro intelectual y emocional.

- e) Demencia alcohólica.-- Definición: La demencia alcohólica es un estado de deterioro mental irreversible consecutivo a las lesiones cerebrales orgánicas, que resulta del uso prolongado y excesivo de alcohol. Existe embotamiento emocional, memoria defectuosa, pobreza de juicio y superficialidad de pensamiento.
- f) Paranoia alcohólica.-- El tipo paranoide de psicosis alcohólica se desarrollará con mas facilidad en aquellos individuos que han ostentado ya anteriormente una personalidad paranoide. Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes pobremente sistematizadas, generalmente sobre infidelidad conyugal y que pueden resultar peligrosas, - hasta conducir al homicidio.
- g) Dipsomanía.-- Definición: La dipsomanía se caracteriza -- por una periódica aparición paroxística de impulsos hacia la bebida. En los intervalos de estas crisis no hay deseo alguno de beber.

Noyes asocia con el alcoholismo el síndrome de Wenicke que

consiste en oftalmoplejía, pérdida de la memoria, confabulación, apatía, demencia progresiva, ataxia, obnubilación de la conciencia e incluso coma. Se debe a una insuficiencia de tiamina y habitualmente también de niacina.

Clasificación según Jellinek:

Alcoholismo tipo alfa.- Se presenta cuando una persona hace uso de bebidas alcohólicas para aliviar el dolor o la tensión emocional producidas por una enfermedad subyacente (Alcoholismo sintomático).

Alcoholismo tipo beta.- En éste figuran las complicaciones somáticas suscitadas por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, a veces existiendo simultáneamente una deficiencia nutricional. Es el caso de la cirrosis hepática, las gastritis y la polineuritis. (Equivale a los trastornos somáticos del alcoholismo crónico).

Alcoholismo tipo gamma.- Comprende los bebedores que, en ocasiones, después de la primera copa no pueden dejar de beber, aunque sean sobrios durante largos lapsos de tiempo. (Es semejante a la alcoholomanía).

Alcoholismo tipo delta.- En este tipo se agrupan los bebedores constantes que se embriagan raramente. (Bebedores excesivos normales).

Alcoholismo tipo epsilon.- Abarca aquellos bebedores que se embriagan periódicamente. (Dipsomanía).

Los tipos gamma y delta son considerados por Jellinek en la categoría de toxicómanos.

ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO Y CARACTERISTICAS DEL ALCOHOLICO SEGUN VARIOS AUTORES.

La naturaleza de esta enfermedad se encuentra todavía some-

tida a discusión. Para unos radica en la influencia de factores únicamente fisiológicos, como serían un desequilibrio glandular o determinado deterioro en el sistema nervioso. Para otros las causas son puramente psicológicas. Y una tercera escuela considera que deben ser tomados en cuenta, tanto los factores fisiológicos como los psicológicos.

Smith, Williams y Lester, proponen la hipótesis de que en el alcohólico existe en forma hereditaria, una anomalía metabólica que predispone a la dependencia al alcohol. En cambio para Wexberg, Keller, Mc Card, Wieser, Isbell y Westerfeld, esta hipótesis carece de fundamento.

Williams propone la hipótesis de que la base de la alcoholomanía es fisiológica. Sin embargo, se encuentra la aparente incongruencia, de que, mientras a muchos bebedores normales les estimula positivamente el olor y el sabor de las bebidas alcohólicas, a muchos pacientes alcohólicos les repugna y detestan el sabor y el olor de vinos y licores. Además, los trastornos bioquímicos, metabólicos y carenciales vitamínicos, se presentan -- mas bien por la ingestión prolongada de bebidas alcohólicas y -- no son constitutivos de su etiología. La disminución de cortisona que se observa en muchos pacientes alcohólicos, es también -- consecuencia y no factor desencadenante del alcoholismo, según Bleuler.

Entre las diferentes hipótesis de la etiología del alcoholismo de base psicológica, tenemos las propuestas por los psicoanalistas. Se considera al alcohólico con una fijación oral, en que la boca es el principal manantial de gratificaciones. -- Otras veces, la bebida se considera como sedante de la angustia de castración. O bien equivale a una protesta hostil contra la sociedad al proyectarse sobre esta el odio que el alcohólico -- profesa a su padre. Otra causa que se aduce en la etiología del alcoholismo es la homosexualidad. Mc Card y Chesik, con sus --

hipótesis sobre la agresividad, interpretan el alcoholismo como una agresividad sádica o como urgencia autodestructiva en cuanto el alcoholismo es un suicidio inconsciente.

F. Alonso Fernández, rechaza estas hipótesis como etiología de la alcoholomanía, no como factores que pueden observarse en el paciente alcohólico, y sugiere que se debe desligar la personalidad prealcohólica de las deterioraciones y modificaciones psíquicas determinadas por el tóxico. Descarta la idea de que pueda encontrarse uniformidad etiopatológica suficiente para que pueda catalogarse el alcoholismo como una entidad. Se refiere a un amplio círculo morboso en el que incluye tres especies de enfermos: Los alcoholómanos, los alcohólicos crónicos y los alcohólicos sintomáticos.

Por lo tanto debe hablarse de alcoholismos y de personalidades prealcohólicas, como son:

- a) Personalidad prealcoholómana.
- b) Personalidad prealcohólica de los bebedores excesivos - normales, que más tarde son afectados por el alcoholismo crónico.
- c) Personalidad prealcohólica psicótica de los alcohólicos sintomáticos.

PERSONALIDAD PREALCOHOLOMANA.

F. Alonso Fernández, trabajó con cincuenta pacientes alcohólicos, siguiendo el método y actitud fenomenológica, mediante psicoterapia individual. Cuarenta y siete de ellos presentaron alcoholomanía y fueron los sujetos que sirvieron de base a su estudio sobre la personalidad prealcoholómana. Permanecieron durante un plazo no menor de tres meses en estado de remisión clínica de alcoholismo crónico y abstinencia completa de la ingestión de alcohol. Presentaban en su mayoría modificaciones de la personalidad propias del alcoholismo crónico, como son: Deli---

rium tremens, epilepsia alcohólica, alucinosis aguda, delirio de celos. Muchos de ellos presentaban también, temblores, insuficiencia hepática, gastritis, polineuritis. No se tomaron en cuenta para este estudio los sujetos afectados por psicosis alcohólica crónica irreversible, como el síndrome de Korsakoff o demencia alcohólica.

Se trabajó mediante la unidad formada por psicoterapeuta y trabajadoras sociales que aportaron datos referentes a la familia de los sujetos.

No existe un tipo específico de personalidad prealcohólica pero sí una constelación básica de la personalidad prealcohólica.

Se entiende por constelación de la personalidad la agrupación de varios trazos, mientras que un perfil tiene un carácter primordialmente globalista.

La constelación básica de la personalidad prealcohólica, está constituida por dos rasgos básicos:

- a) Sentimiento de soledad o aislamiento.
- b) Desesperanza.

Lo cual implica decaimiento, pasividad y escasa potencialidad. Carecen estas personas de auténtico prójimo o semejante, lo que los lleva al sentimiento de soledad o aislamiento y por lo tanto no pueden entablar un diálogo sincero. Asimismo, al carecer de esperanza, no pueden poner en práctica, ni desarrollar, sus potencialidades creativas y axiológicas.

Fue señalado el sentimiento de soledad por Tiebout (1951), Bleuler (1955), Mtussek (1958) y Machover y Puzzo (1959), refiriéndose sobre todo a un desorden en la disposición para amar, del paciente alcohólico. Desde la niñez se muestra poco propicio para establecer un diálogo sincero y por otra parte los se-

res que lo rodean no se han esforzado a su vez en brindarle -- amor.

Poseen un umbral bajo para soportar y combatir las tensio nes instintivas, tendenciales y emocionales, debido precisamen te a que carecen de esperanza. Al mismo tiempo están privados de esperanza como estímulo imprescindible para poner en marcha sus potencialidades creativas y axiológicas.

Su placer consiste en que por medio del alcohol, disminuyen o suprimen la tensión emocional previa. El alcohol constituye su liberación, les permite evadirse de una tensa situación experimentada como insoportable.

Aun cuando se observan brotes esporádicos de desesperación, el hombre alcoholómano potencial, contempla, neutralmente, el desmantelamiento de la esperanza sin adoptar ni las actitudes emocionales de aceptación activa de la desesperanza -- que le conducirían por la senda de la resignación a una reorganización existencial, ni las actitudes de repulsa que le podrían abocar a la desesperación y al suicidio. Permanece apesadumado en el estado de desengaño puro, sin que exista renuncia-- ción o resignación ni el deseo de autodestrucción o desesperación.

Sin embargo se observan brotes esporádicos de desesperación. La autodestrucción suele estar promovida por sentimientos de culpa o por reacciones de desesperación en relación inmediata con conflictos ambientales concretos, como sería la -- pérdida del empleo o una disputa familiar; mientras que en la personalidad prealcoholmana, sólo interviene como modalidad -- genética un tanto propia, es decir, sin estar motivada por un factor situativo inmediato bien recortado o preciso.

El halo que se observa en la personalidad prealcoholmana es de aburrimiento, indiferencia, hastío y acidia.

El elemento primario de la desesperanza consiste en la supresión de la actividad al servicio de las aspiraciones y proyectos, por ser éstos experimentados como irrealizables.

Al faltarle la esperanza de conseguir un amor futuro, se rompe el sistema de aspiraciones y sobreviene la indiferencia y el aburrimiento. Con la indiferencia se pierden o se limitan -- los intereses y aspiraciones en sí mismos. El aburrimiento consiste, según Ravers (1954), en que las aspiraciones van a la deriva sin encontrar su objeto; la personalidad prealcoholómana experimenta algunas veces indiferencia o aburrimiento, porque -- la desesperanza fomenta la restricción de las aspiraciones y la pérdida de la finalidad de las aspiraciones que aún subsistían.

Para López Ibor, la acidia surge cuando las cosas no presentan ningún interés, ya no son apetecibles y la vida se torna vacía. Esto es semejante a lo que Heidegger define como auténtico aburrimiento existencial. La acidia es considerada como precursora del aburrimiento según Ravers.

La personalidad prealcoholómana es acidiosa pero en forma marginal y episódica.

La sensación de soledad en esta personalidad conserva su -- pureza vivencial, sin ser teñida por la angustia como sucede -- con frecuencia en las vivencias de soledad. El hombre alcohólico potencial, no puede quebrantar su aislamiento para iniciar alguna actividad afectiva profunda, porque le tiene miedo al hombre y al contacto humano. El miedo al hombre prevalece en la conducta del alcoholómano, frente a la necesidad del amor.

Se manifiesta reservado en la niñez y en la adolescencia. Tiende a aislarse de los compañeros de estudio o de trabajo. -- Considera a los demás como seres omnipotentes y al enfrentarse a ellos, teme ser convertido en objeto o simplemente experimenta

la amenaza de que otro lo convierta en objeto.

De ahí surgen los sentimientos de inferioridad de contenido físico, psicológico o intelectual o mixtos y la desconfianza paranoide, matizada por vivencias de opresión y aturdimiento.

La constelación básica de la personalidad prealcoholómana favorece de por sí, el florecimiento del miedo genérico, pues--to que implica la postergación de las posibilidades más personales, elemento básico del miedo; según la concepción heideggeriana. En esta personalidad se registra la presencia de una o - de varias fobias, como es a la soledad física o a la obscuridad.

En la personalidad prealcoholómana se observa acusada insinceridad. Según Neyraut (1960), para ser sincero se necesita experimentar al otro como persona o según Minkowski (1959), como semejante y nunca como objeto. Sin embargo para el paciente prealcoholómano en lugar de otra persona, percibe solo una amenaza potencial, esto es, un personaje al que hay que rehuir.

De ahí que surja el engaño, cuyo fin es sólo proteger mejor la intimidad contra las miradas investigadoras. Cuando existen rasgos histéricos se puede presentar la insinceridad del mitómano que produce historias para fascinar.

En la personalidad prealcoholómana se limita el hombre a realizar su tarea con cierto automatismo, sin creatividad.

Según Carlota Bühler (1960), mientras una persona crea, le puede venir la duda sobre el valor y la aceptabilidad de su producción, y también puede tener miedo sobre el resultado final de su creación; la producción sobrevive únicamente, cuando la fe es más fuerte que la duda o que el miedo al fracaso.

Además el enfrentarse diariamente a los obstáculos que se presentan para el logro de alguna finalidad, es una aptitud escasa entre las personalidades prealcoholómanas.

Otra característica de esta personalidad es que suele mostrar escaso interés sexual. Pero como también existe una dependencia marcada a los estímulos ambientales, su actividad sexual es desorbitada y carente de autocontrol. Así mismo el alcohol les facilita el poder romper con sus inhibiciones y suscitar patrones de conducta sexual. Sin embargo, según Scott (1958), debe catalogarse este defecto psicosexual como inmadurez y no como homosexualidad. Su sexualidad está aletargada y las personas que conservan su actividad sexual activa no la unen a un amor verdadero.

Esta personalidad odia la valentía y se muestra medrosa y pusilánime en estado normal. Ya entregada a la bebida surge la conducta agresiva y beligerante.

La personalidad prealcoholómana, está sujeta a la temporalidad, su pasado constituye una amenaza a su integridad psicológica y su porvenir le parece inaccesible. Por tanto el hombre que puede llegar al alcoholismo crónico, vive estrictamente en el presente. Pero este presente no es producto de su propia decisión, sino una situación presente que se impone inevitablemente. Al beber, se evade a la realidad y se dilata la temporalidad. Así en la cantina, recuerda su pasado y llora ante sus compañeros las penas que lo agobian; construye proyectos para el futuro ayudado por su fantasía.

Para J. R. Cavanagh y J. B. Mc Goldrick el alcohólico puede recibir una herencia social, en el sentido de que el alcohólico recibe el ejemplo de los padres, adquiere tempranamente en su hogar hábitos nocivos y los efectos de una filosofía inadecuada de la vida.

Consideran el alcoholismo como una psiconeurosis que no se puede explicar en base de un mecanismo único para todos los casos, aunque se ha encontrado como factor común un intenso senti

miento de inferioridad, sobre todo en las relaciones sociales, - además de una serie de experiencias debilitantes.

El alcohólico es un individuo falto de madurez emocional, - egoísta, que solo vela por sus propios intereses y para satisfacer sus gustos, trata de huir de sus sentimientos de inferioridad mediante el alcohol. Se trata en su mayoría de personas introvertidas; recurren con frecuencia a la fantasía como medio de evasión a la realidad.

El alcoholismo es un instrumento psicológico del que se sirve como medio de escapar de sí mismo y de las dificultades que se presentan. Es por tanto una forma inmadura e inadecuada de soslayar un conflicto. Establecen, estos autores, la diferencia de actuación entre el alcohólico y el maníaco depresivo que en presencia de un conflicto se siente alternativamente exaltado y deprimido y el esquizofrénico, que se defiende a través de una regresión hacia el mundo de su imaginación, cuando no puede soportar sus conflictos personales.

Así pues reconocen una etiología psicogenética en el alcoholismo, resultado final de un intento inadecuado e ineficaz para huir de los conflictos de la vida.

Las fases por las que atraviesa un paciente alcohólico son las siguientes: En un principio el alcohólico sólo siente la necesidad de beber en cierto tiempo y ante determinadas circunstancias; antes de algún negocio importante o después de él, para festejar un buen éxito obtenido o por el disgusto de una apuesta perdida en el juego; al asistir a una boda, a un bautizo o a un velorio. Pero bebe sobre todo para acallar u olvidar sus inquietudes, sus temores, sentimientos de insuficiencia o de abandono.

En la primera etapa son bien toleradas grandes cantidades de licor, sin tener un límite preciso.

Se pueden distinguir varios síntomas intermedios en el desa

rrollo de esta enfermedad:

El paciente cree que todavía tiene control y por lo tanto - que puede determinar si deja o no de beber. Con frecuencia hace promesas, las cuales cumple cada vez menos y al mismo tiempo aumenta su miedo, hasta llegar al pánico cuando recae. De ahí que no quiera admitir ante sí mismo que es un enfermo y niega ante - los demás que ha bebido; miente para no reconocer que es incapaz de dejar de beber.

Sin bebida se siente molesto, cansado, deprimido, turbado, nervioso y atormentado. Es fácilmente irritable, sin admitir jamás que ha estado embriagado o que sufre los efectos de la bebida.

Cuando ha bebido, los sentimientos de incapacidad que antes sentía, se encuentran ahora ocultos, cubiertos por una postura - arrogante, agresiva, o por grandiosidad de pensamientos. Es lo-- cuaz y parece estar de fiesta ante cualquier circunstancia.

Por otra parte, por los efectos del alcohol, cae en etapas de disgusto y de remordimiento, llegando a sufrir verdaderos colapsos. Su angustia aumenta y con ésta, su resistencia para admi tir que está perdiendo el control sobre sí mismo.

Su necesidad de comida disminuye.

Algunos años después, pasa los síntomas finales: "Bebe para vivir y vive para beber".

Toma por días o por semanas. El beber por la mañana es una necesidad. La irritabilidad y sus reacciones altamente emocionales son la regla. Se vuelve indiferente a su trabajo, a su familia, pierde el sentido del tiempo. Su vida queda centrada alrede dor de una "botella". De cuando en cuando llora ante un desconocido platicándole sus penas.

Se alternan sentimientos extremos y opuestos, sentimientos de grandeza y de insuficiencia; de ser la persona más solicitada así como la más abandonada.

Ahora se ha convencido que es incapaz de sentirse bien o feliz si no es mediante la bebida.

Se presentan terrores nocturnos, alucinaciones visuales, - auditivas, u olfativas, períodos convulsivos y la necesidad de beber cada vez más. Sufren de inferioridad, inhibición, sentimientos de culpa, frustración, necesidad de incorporación, oralidad, etc.

El alcohólico se aborrece a sí mismo, pero debe ocultar su aborrecimiento. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser padecidos por cualquier alcohólico y se presentan por igual en el obrero o campesino, como en el profesionista o dirigente de empresas y las causas fisiológicas o psicológicas que se discuten pueden ser origen del alcoholismo lo mismo en unos, que en otros, sin distinción de categorías sociales o de cultura.

Pacientes investigaciones han demostrado que muchas veces la semilla para el alcoholismo se sembró en la niñez, en un hogar carente de cariño, con deformaciones de carácter que les impide sentirse lo suficientemente preparados para luchar contra los obstáculos de la vida diaria. En la pre-adolescencia debido a relaciones inadecuadas entre padres e hijos, por rechazo paterno o por una excesiva protección generalmente materna, peor aún por ambivalencia, al recibir amor y crítica sin distinción.

Denis Mc Genty, primer director de Educación Profesional - en el Consejo Nacional del Alcoholismo en Nueva York, escribe: Se encontraron cuatro características comunes a los alcohólicos:

- 1) Egocentrismo.- Son personas extremadamente concentradas en sí mismas.

- 2) Incapacidad de enfrentarse a las presiones externas, -- llamada en sociología baja tolerancia de tensiones.
- 3) Excesiva dependencia.
- 4) Paradójicamente, un sentimiento de omnipotencia.

Esta es mi opinión, dice Denis Mc Genty, después de más de diez años de intensa observación y de examinar innumerables casos y resolver muchas consultas: para el alcohólico, como él se ve a sí mismo, los cuatro rasgos apuntados son mecanismos compensativos de un profundo y fundamental sentimiento de insuficiencia.

La existencia de relaciones anormales en la infancia, llevaron a la persona a la inseguridad y por tanto se hace egocéntrico y quiere que todo gire a su alrededor. Para proteger su frágil yo contra lo que considera amenazas exteriores, se vuelve agresivo.

Mc Genty dice:

Para ilustrar esta actitud con un ejemplo, suponed a una persona con los dedos de un pie doloridos, que está en medio de una multitud. Toda su atención está concentrada en evitar que los dedos enfermos le sean pisados. Al hacer esto, puede empujar a otros groseramente, lo cual seguramente no haría si no tu viese los dedos enfermos. Esta inseguridad, desarrollada tempranamente en la vida, le hace depender de otros repetidamente -- cuando se enfrenta con las realidades de la vida. Esto aumenta su inicial pensamiento de insignificancia. Se siente rechazado, espera ser rechazado, siente que será rechazado.

Por tanto, el alcohólico recurre al licor para fabricar el mundo ideal donde todo será amor, donde no sentirá inferioridad y todo se traducirá en una falsa alegría. Con todo esto, no ha

logrado vencer realmente el problema y más aún, ha embotado sus sentidos, su inteligencia y sus aptitudes, con las cuales, de no mediar su conflicto podría salir adelante.

Franz Alexander propone cuatro funciones fundamentales para el yo de toda persona:

- 1.- La percepción interna de las necesidades subjetivas.
- 2.- La correcta estimación externa de la situación circundante.
- 3.- La integración recíproca de los datos de la percepción externa.
- 4.- La función ejecutiva, basada en el control del yo sobre la conducta volitiva.

Ahora bien los trastornos de la conducta del alcohólico se presentan principalmente por la alteración de la función ejecutiva del yo, que no sabe buscar la debida satisfacción de sus necesidades internas en el medio exterior, con falta de control sobre la conducta volitiva.

Según expone M. Maccoby en su estudio sobre el alcoholismo en una comunidad campesina, para Israel Zwerling y Milton Rosenbaum, los rasgos de la personalidad alcohólica, consisten en dependencia oral receptiva, profunda fijación materna, impulsos sumamente agresivos y deseo de escapar a la angustia de soledad.

Para Knight, la madre ha sido excesivamente protectora en la infancia del paciente alcohólico, lo que ha producido posteriormente demandas exageradas de indulgencia. Su oralidad frustrada le provoca cólera, y el individuo cae en sentimientos de culpa debidos a su hostilidad, por lo que tiende a castigarse masoquísticamente. Con el alcohol calma su cólera y su desengaño. Asimismo sustituye su necesidad apremiante de afecto. Cae en un círculo vicioso, porque con su conducta irrita a las per-

sonas de las cuales podría esperar afecto y es devaluado, por lo cual es necesario recurrir nuevamente al alcohol.

En el trabajo antes mencionado, M. Maccoby, expone las siguientes características del individuo alcohólico:

Carácter receptivo, entendiéndose por tal, que el alcohólico espera recibir de los demás todo lo necesario para satisfacer sus urgencias básicas, así como afecto, amor, placer. Es incapaz de encontrar en sí mismo ninguna satisfacción e incapaz de producir algo por sí mismo para brindarlo a otras personas. No es capaz de aceptar ninguna responsabilidad, es sensible al rechazo. Trata de superar su inquietud y depresión comiendo y bebiendo. Actúa con cordialidad, alegría y optimismo, cuando está satisfecho y sólo ayuda a los demás cuando desea asegurarse su favor. La persona receptiva necesita de auxiliares mágicos, por tanto puede confiar a veces más en el curandero, cuando se encuentra enfermo que en el médico.

Narcisismo, expresado principalmente en su "machismo" o sea la necesidad de presentarse como invulnerable e irresistible a las mujeres encontrándose siempre dispuesto a defender su honor, aun por la fuerza si fuera necesario. El machismo tiene una relación inversa con el trabajo y la responsabilidad y directa con la agresividad y el carácter belicoso. Considera el machismo del alcohólico como una reacción a su miedo de las mujeres, una compensación a su sentimiento de debilidad, dependencia y pasividad. Siente que a menos que se le conceda una ventaja, la mujer sería capaz de controlarlo. Considera en su estudio que los alcohólicos casados 78.9% están dominados por sus mujeres y los solteros dependen de sus madres.

El alcohólico trata de compensar su debilidad y pasividad, dominando a otros, en especial a la mujer. Pero este propósito sólo logra en su imaginación. Cuando ha ingerido alcohol puede

descargar su cólera contra la persona que cree ha desafiado la realidad de la imagen de "macho". Así la mayor parte de la violencia de la aldea, ha resultado de explosiones repentinas en una cantina, provocadas a veces por un insulto imaginario, - - agrandado por dudas del propio valer y por el miedo de revelarse como un "don nadie".

Su carácter receptivo pasivo concuerda con su fijación materna. Los aldeanos pasivo-receptivos que no se casan, permanecen con sus madres, contrayendo a veces breves e inestables relaciones amorosas con otras mujeres. De los que se han casado, algunos comienzan a tomar en mayor cantidad bebidas alcohólicas después de su matrimonio, existiendo casi siempre un conflicto con su mujer que los impulsa al alcoholismo.

Vulnerabilidad psicosocial.- Después de sus estudios en sociedades primitivas, Field concluye que la embriaguez aumenta si la autoridad del hombre disminuye en el hogar y si la familia nuclear es menos integrada en grandes estructuras de parientes a causa de residencia bilocal o neolocal; de lo que Maccoby concluye que tanto en las sociedades patriarcales como en las - definitivamente matriarcales, en que los impulsos regresivos del hombre se ven satisfechos por la mujer, no existe el alcoholismo, y que sólo existe éste en el caso de que el hombre se sienta despreciado o frustrado por la mujer.

Maccoby dice: "En México, la batalla entre los sexos se -- prosigue con furor, con el resultado de que el prestigio y el amor propio masculinos están quebrantados y se compensan con el "machismo" y el alcoholismo. El varón trata de conquistar por la fuerza y el dominio sexual, en tanto que la mujer lucha con frialdad, con el ridículo y con una actitud de mártir que tiene por objeto conseguir que el hombre se sienta culpable. El alcohólico que pertenece a una subcultura matriarcal, permanece sol

tero, dependiente de una madre que frustra constantemente sus -- necesidades receptivas, las cuales aquel trata de satisfacer -- simbólicamente por medio de la bebida. Estas madres han criado a sus hijos ellas mismas. Las entrevistas revelaron que también ellas fueron criadas en familias sin padre. Con sus hijos son -- indulgentes y sádicas, protectoras con exceso e intolerantes en cuanto a independencia o desobediencia. Defienden fieramente a sus hijos contra el mundo exterior, no permitiéndole nunca desarrollar iniciativa alguna o resolver sus propios problemas. Exigen una lealtad incondicional, prohibiendo a sus hijos todo contacto con otras mujeres y destruyendo cualquier relación que pu diera acaso desarrollarse. Se quejan constantemente de que han de cuidar y alimentar a hijos adultos, pero sólo están satisfechas si éstos permanecen en el hogar junto a ellas. En esta forma, destruyen la virilidad de los hijos y frustran al propio -- tiempo los anhelos receptivos que ellas mismas han fomentado".

El que trata de realizar su ideal patriarcal se encuentra con que no está lo suficientemente preparado, carece en su interior de autoridad. Si se casa con una mujer destructiva y sádica se siente impotente y derrotado y así recurre al alcoholismo.

Por tanto, concluye, es un hombre carente de vigor varonil.

Vulnerabilidad económica.- Existiendo ya en el individuo -- la propensión a beber, el alcoholismo está relacionado también con una serie de variables económicas que van desde las presiones que ejerce la industria del alcohol a la influencia de la -- clase social y las que proceden de las diversas formas de trabajo.

La industria trata por todos los medios de reforzar los -- rasgos culturales asociados tradicionalmente a la bebida. Se refuerza el atractivo hacia el consumo de bebidas alcohólicas, -- prestando en ocasiones músicos, dinero para la adquisición de --

sinfonolas, etc.

Se encontró correlación positiva entre pobreza y bebida.

M. Maccoby concluye diciendo que las raíces del alcoholismo se encuentran primeramente, en la estructura del carácter -- con rasgos de receptividad, fijación a la madre, narcisismo, -- agresividad y machismo; en segundo término en las tradiciones - culturales, luego en la vulnerabilidad psicológica de la sociedad entera y por último en la vulnerabilidad económica.

Haciendo una revisión de la literatura que sobre alcoholismo se logró reunir, encontramos una serie de características -- propuestas para la personalidad pre-alcoholómana y características del alcohólico propiamente dicho, por lo que a continuación hacemos un resumen de ellas.

I.- PERSONALIDAD PREALCOHOLOMANA:

a) Constelación básica:

- 1.- Sentimientos de soledad y aislamiento.
- 2.- Desesperanza.

b) Halo:

- 1.- Aburrimiento.
- 2.- Indiferencia.
- 3.- Hastío.
- 4.- Acidia.
- 5.- Complejo de inferioridad o actitud paranoide.
- 6.- Falta de creatividad.
- 7.- Escaso interés sexual o actividad desorbitada por carencia de control.
- 8.- Carencia de temporalidad.

II.- PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO:

a) Según Denis Mc Genty:

- 1.- Egocentrismo.
- 2.- Incapacidad de enfrentarse a las presiones externas o baja tolerancia de tensiones.
- 3.- Excesiva dependencia.
- 4.- Paradójicamente, sentimientos de omnipotencia.

b) Para algunos psicoanalistas:

- 1.- Fijación oral.
- 2.- El alcohol se utiliza como sedante de la angustia - de castración.
- 3.- Odio al padre.
- 4.- Homosexualidad.

c) Según Franz Alexander:

- 1.- Alteración de la función ejecutiva del yo, que no - sabe buscar la debida satisfacción en el medio exte - rior, de sus necesidades internas, con falta de con - trol sobre la conducta volitiva.

d) Según Israel Zwerlig y Milton Rosenbaum:

- 1.- Dependencia oral receptiva.
- 2.- Profunda fijación a la madre.
- 3.- Impulsos agresivos.
- 4.- Deseo de escapar a la angustia de soledad.

e) Según Knight:

- 1.- Madre protectora que conduce a una demanda exagerada de indulgencia.

- 2.- Frustración de necesidades que lleva a la cólera, - sentimientos de culpa, masoquismo.
- 3.- El alcohol calma la cólera y es el sustitutivo simbólico del afecto; pero es ocasión para que se irri-
ten las personas que rodean al alcohólico y para --
que éste logre masoquísticamente ser devaluado.

f) Según Maccoby:

1.- Estructura del carácter:

- a) Receptividad.
- b) Fijación a la madre.
- c) Narcisismo.
- d) Agresividad.
- e) Machismo.

2.- Influencias culturales.

3.- Vulnerabilidad Psicológica de la sociedad entera.

4.- Vulnerabilidad económica.

g) Según J.R.Cavanagh y J.B.McGoldrick:

1.- Falta de madurez emocional.

2.- Egocentrismo.

3.- Sentimientos de inferioridad, en especial en contac-
tos sociales.

4.- Carácter Introverso.

5.- Evasión a través de la fantasía.

III.- EL ALCOHOL.

Resumen histórico acerca del vino:

La palabra alcohol, de origen arábigo, significa "lo sutil", término que se aplicaba al polvo finísimo de antimonio, con que se pintaban ojeras las mujeres orientales. Posteriormente y tomando en cuenta la característica del alcohol de ser fácilmente vaporizable, se le llamó "espíritu ligero".

Como la elaboración del vino y el alcoholismo corren parejas a través del tiempo, esbozaré la historia de aquel, con lo cual tendremos el desarrollo del alcoholismo en las diversas épocas y en los diferentes lugares, donde se ha asentado.

La historia del vino se inicia desde los albores de la humanidad y nos llega matizada de fábulas y leyendas.

Se encuentran vides en el pueblo chino tres a cuatro mil años antes de Cristo. Existen documentos de que un nativo de esta zona, de nombre Yu, fué el que introdujo el consumo del brebaje resultante de la vid. Al mismo tiempo que comienza a extenderse el uso de estas bebidas, aparece la prohibición de su ingestión.

Jeroglíficos egipcios hacen referencia a la existencia de viñedos. Documentos antiguos describen "las bacanales", delirios colectivos de erotismo y alcoholismo. Así mismo se refieren al alcoholismo existente, filósofos y poetas.

En la antigua Roma el consumo de alcohol llegó a tener un cierto carácter épico. La historia hace referencia al abuso de bebidas alcohólicas por algunos de los emperadores romanos, como fueron: Tiberio, Calígula y Nerón.

El uso del vino como bebida, se extendió rápidamente entre los germanos, los galos y los nórdicos.

En América, antes de la conquista, se conocían bebidas - -

autóctonas embriagantes. Las vides fueron traídas por los españoles.

Los indígenas bebían productos tales como los extraídos de la fermentación del maíz parcialmente masticado o "chicha", de la fermentación del trigo o de frutos nativos.

Obtención del vino:

El vino se obtiene por fermentación de la vid, fruto que pertenece a la familia de las vitáceas o ampelidáceas. Las vides parecen tener su origen en Asia y penetraron a Europa a través de Grecia y Egipto.

La composición química de la pulpa fresca de uva, es la siguiente:

Agua	78%
Azúcares	17%
Celulosa	4%
Proteínas	0.5%

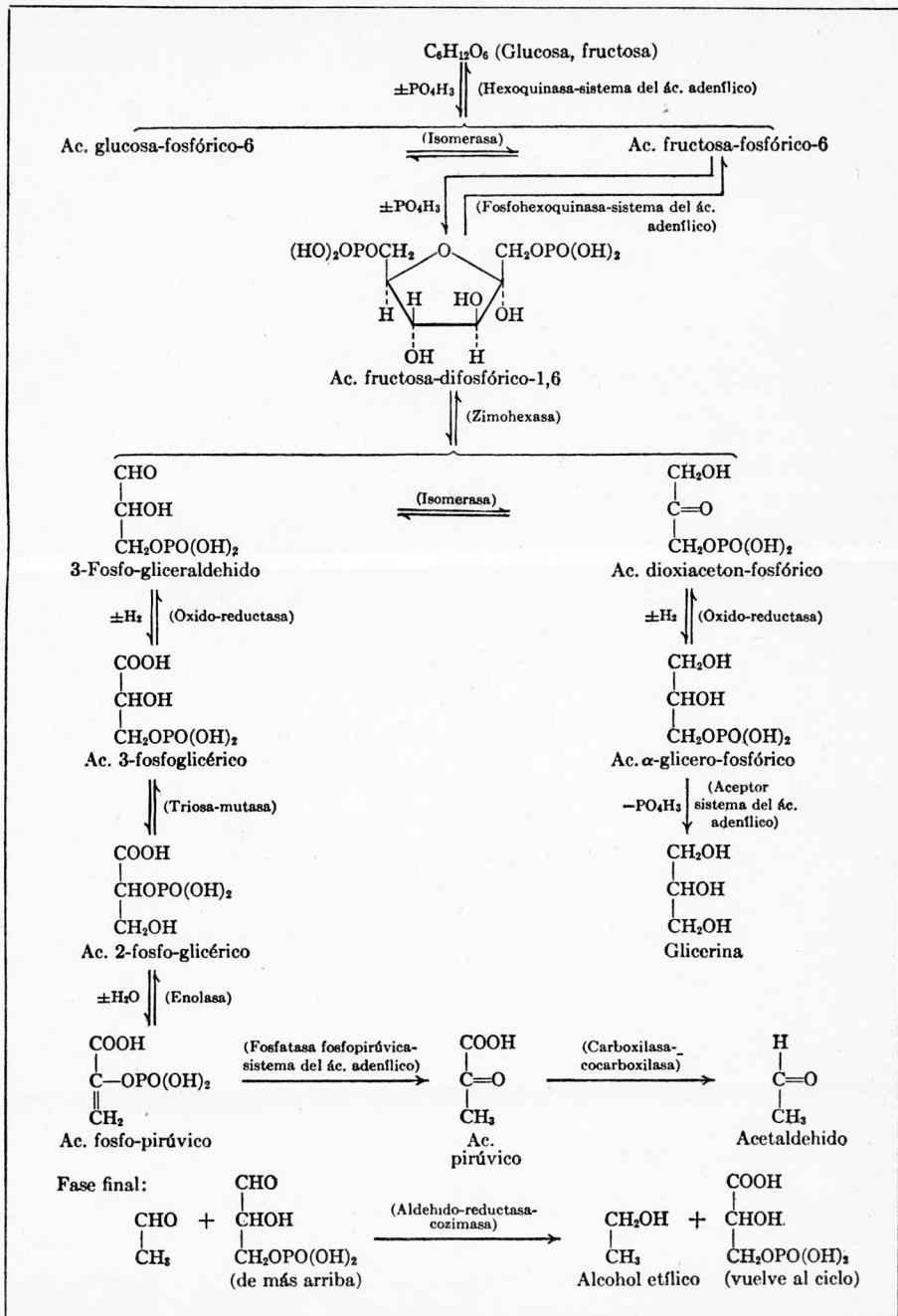
y en menor proporción ácidos orgánicos, sales minerales, como potasio, magnesio, sodio, yodo y fosfatos; vitaminas, lecitinas y diastasas.

Es pues el vino el producto de la fermentación alcohólica de la uva, producida por la actividad de fermentos específicos, que forman parte de la flota microorgánica que se alberga en la pruina, tenue granulación que protege al grano.

El responsable primario de la fermentación alcohólica es el Sacaromices ellipsoideos. Actúa directamente sobre la glucosa, la levulosa, la manosa y la galactosa. También actúa sobre la sacarosa previamente desdoblada por diastasas reductoras. Este fermento puede actuar como aerobio y anaerobio.

El esquema de fermentación alcohólica más aceptado es el de Meyerhof (véase Fig.). En él se describen frases intermedias

FERMENTACION ALCOHOLICA
(SEGUN MEYERHOF)



de fosforilación, para obtener ácido fosfoglicérido y glicero--fosfato. Formación posterior de ácido fosfopirúvico que se desdobra en ácido pirúvico y ácido fosfórico. Descarbonización del ácido pirúvico con la formación de acetaldehido que por hidrogenación, da alcohol etílico. Se obtiene glicerina como producto secundario.

Para que se inicie la fermentación de la uva, es necesario que sea estrujada, lo que produce el mosto.

Clasificación de los vinos:

La clasificación que en seguida se expone, no es de las más precisas y quizá pase por alto algún tipo de vino preciado entre algunos bebedores; el objeto de exponerla es tener una idea de las diferentes clases de vinos, conocimiento que no -- fué necesario en el grupo motivo del presente estudio, porque sus integrantes bebían en su mayoría, mezcal o alcohol en -- fresco o rebajado con agua o infusión de canela. Por otra parte la nomenclatura usual es especial e impuesta por la costumbre. Como ejemplo tenemos la llamada "mula de a peso" o "un ra yado".

Vinos genuinos.- Son derivados de la fermentación alcohólica de la uva. Comprende los llamados vinos de mesa, que pueden ser comunes, semifinos, finos y extrafinos. Sus variedades son: Vino Blanco, Tinto y Clarete. La graduación alcohólica -- oscila entre 10.5 y 13 grados.

Vinos generosos.- Son de características semejantes al -- Oporto y al Jerez. Entre estos, el Jerez Español, variedad Palomino de 15 a 17 grados. El Jerez amontillado que llega a 22 grados; las Manzanillas; el Málaga y el Montillas; el Oporto -- Portugués; el Marsella y Lacrima Cristi y otros vinos genero-- sos italianos.

Vinos espumantes o espumosos.- Como Champaña y Moscato Espumoso, con alcoholicidad variable entre 7 y 12 grados.

Vinos gasificados:

BEBIDAS DESTILADAS.- La graduación alcohólica es superior en estas bebidas que se obtienen por destilación del vino o de otros líquidos fermentados.

- a) Entre estas bebidas tenemos el aguardiente de grado alcohólico de 25 a 50.

Existen entre otros, el aguardiente de uva o coñac; aguardiente de cereal como el whisky; aguardiente de frutas y yerbas como la ginebra que se extrae de las bayas de enebro o naranja; el aguardiente de la caña de azúcar.

- b) Licores.- Son mezclas de aguardiente o alcohol, más infusiones aromáticas de hierbas, resinas o aceites esenciales. Entre estos el licor Chartreuse a base de canela, melisa, azafrán, azúcar y alcohol. El licor curasao, con sabor de naranja.

- c) Los aperitivos.- Entre estos los Vermouths, que contienen 75% de vino genuino más sustancias aromáticas amargas, azúcares o mosto concentrado.

- d) Los amargos o bitters.- Preparados con alcohol, sustancias amargas y vino blanco.

Cerveza:

Se obtiene por fermentación de la cebada, preferentemente de grano pesado y cubierta delgada, de color amarillo.

Entra en su composición el lúpulo, polvo extraído de las flores femeninas, secas y maduras, que le dan el sabor y perfume característico.

En la obtención de cervezas claras se puede agregar trigo, maíz o arroz.

Su composición es más o menos la siguiente:

Alcohol	3 a 5%
Maltosa y dextrina sin fermentar	4 a 5%
Sustancias albuminoideas y extractivas	4 a 8.5%

Además, anhídrido carbónico, ácido succínico, glicerina, - fosfatos, Vitamina B, niacina, riboflavina y agua.

Farmacología del alcohol:

El alcohol aplicado localmente tiene acción astringente e irritante por su avidez por el agua y porque coagula las proteí^unas celulares. Es anticéptico y bactericida en la concentración de 60 a 90 % en peso.

Se absorbe en pequeñísimas dosis por vía sublingual, en -- proporción un poco más alta por la mucosa gástrica y en su mayo^uría por el intestino delgado.

Se distribuye por órganos y tejidos, alcanzando su mayor - concentración en el cerebro y líquido cefalorraquídeo, en donde tarda también más tiempo en destruirse y eliminarse.

Para poder eliminarse el alcohol, primero se oxida y trans^uforma en agua y bióxido de carbono. Cuando se encuentra en do--sis altas en el organismo, su oxidación es parcial y se obtie--nen sustancias que contribuyen al aumento de su toxicidad, como son aldehído o ácido acético.

El órgano encargado en mayor proporción de su oxidación, - es el hígado, con el concurso de insulina y glucosa.

El alcohol no destruido, se elimina por los pulmones, la - orina, sudor y por la leche en las mujeres lactantes.

Administrado en dosis precisas, óptimas, constituye un es-

tomáquico deficiente. Dosis grandes y frecuentes producen degeneración conjuntiva del tejido hepático.

Desprende 7.2 calorías por gramo, por combustión, pero no constituye alimento de ahorro puesto que no puede formar parte de las reservas orgánicas y su energía no es útil para las funciones celulares.

El corazón resiste bien pequeñas concentraciones de alcohol. Puede producir una vasodilatación periférica y vasoconstricción de la zona esplácnica, por lo que puede actuar como estimulante del corazón. Sin embargo no es vasodilatador coronario, como había supuesto Heberden en 1786.

Por acción refleja puede estimular la respiración, pero la acción directa es depresora.

La ingestión de alcohol y el uso simultáneo de tabaco cuando existe un déficit vitamínico, favorecen la gastritis. Asimismo, estos factores aunados a otros, como sífilis, colibacilos, favorecen la cirrosis hepática.

El uso prolongado de bebidas alcohólicas, produce a largo plazo, arterioesclerosis y afecciones renales.

Se ha demostrado la degeneración de los elementos germinativos testiculares, por la acción de alcohol. Nicolaux demostró la presencia de alcohol en el semen humano, media hora después de haber sido ingerido el alcohol. Bisley demostró que la acción del alcohol es más profunda sobre el óvulo que sobre el espermatozoide. Por tanto, será deficiente el desarrollo de estos elementos, cuando se ingieren frecuentemente bebidas alcohólicas, con la influencia consecuente en los factores hereditarios.

La persona que ha ingerido bebidas alcohólicas, pierde la inhibición, por lo que parece más propicia al acto sexual; pero

la realidad es que el alcoholismo conduce a la impotencia, además de la acción degenerativa sobre espermatozoides y óvulos.

Según Rosello los efectos del alcohol según su proporción en la sangre, son los siguientes:

Para 0.05 % o menos. Apariencia normal.- Incapacidad de -- atención sostenida, errores cuando se ejecutan operaciones deli-- cadas, lentitud en las relaciones psicomotrices. El sujeto conserva su decencia.

0.10 - 0.20 % Estado de euforia.- Aparente estímulo, locua-- cidad, volubilidad mental, inestabilidad emocional, hiperemia - cutánea, sensación de calor, liberación de las tendencias impul-- sivas del sujeto (libres del contralor crítico), belicosidad, - melancolía, llanto, exteriorizaciones afectivas, aparente estí-- mulo de la mentalidad. Es el primer grado de irresponsabilidad criminal.

0.20 - 0.30 %. Estado de vacilación y de incoordinación ma-- nifiesta.- El sujeto se vuelve abusivo, insolente y pendenciero; con la incoordinación motriz y movimientos desmesurados, tenden-- cias ruidosas y exorbitantes. El individuo es desagradable y - peligroso. Es el período en que queda más expuesto a delinquir y su irresponsabilidad es total.

0.30 - 0.40 %. Estado de confusión.- Incoordinación pronun-- ciada, palabra lenta, vacilante, difícil; trabajo profundamente perturbado; pérdida de memoria (de hechos recientes); errores - de apreciación en el espacio, en el tiempo y sobre las actitu-- des ajenas (hecho de interés médico legal); vértigos, ataxia, - hipo, náuseas, vómitos; incapacidad para tenerse en pie y en -- equilibrio si los ojos se cierran (signo de Romberg). Es facil-- mente sugestionable (de interés médico legal).

0.40 - 0.45 %. Estado de estupor.- El sujeto muestra cada

vez mayor calma, aturdimiento, abatimiento, puede caerse y quedarse en el suelo; no habla, no ejecuta movimientos voluntarios sino cada vez más lentos y raros; muestra apatía e inercia; ha cesado su euforia y su locuacidad; se hacen lentos la respiración y el pulso; hay somnolencia.

0.45 - 0.50 %. Estado de coma.- Coma profundo, con abolición completa de la vida animal; solo persiste la vida vegetativa pero cada vez más comprometida; presión en descenso; respiración superficial y acelerada; hipotermia por vasodilatación cutánea; por anestesia de la termorregulación durante varias horas; el límite entre la anestesia total y el coma mortal es insensible; muerte en hipotermia.

IV.- REALIZACIONES PRACTICAS.

Estudio psicológico y terapia realizada en un grupo de 30 pacientes alcohólicos en la ciudad de Guanajuato, Gto:

La ciudad de Guanajuato, enclavada en la sierra, entre montañas, es la sede de los Poderes Gubernamentales del Estado. Por conservar su arquitectura colonial, por la belleza de sus callejones y por sus tendencias altamente culturales se facilitó la creación del Teatro Universitario con escenarios al aire libre, es una ciudad turística. La alfarería y la minería son las fuentes primordiales de trabajo para los obreros de esta ciudad. Así pues, la población está formada por funcionarios de gobierno, burócratas, estudiantes universitarios, de enseñanza media y escolar, maestros, mineros, alfareros y comerciantes, y una población de paso, turística, formada por americanos que asisten a cursos especiales de verano y por mexicanos que deseosos de conocer su patria, aprovechan el tiempo de vacaciones para recorrer los lugares históricos y de gran belleza de nuestro suelo.

Sin embargo en esta estructura social que se antoja sencilla, organizada, existe el problema del alcoholismo, que se hace más patente en el sector minero pero que abarca también, en número de cierta consideración a integrantes de los otros sectores, burócratas, estudiantes y profesionistas.

El número de habitantes es de 28 000 aproximadamente. Las bebidas alcohólicas pueden adquirirse en cantinas (40 registradas), tendajones y cervecerías (20), en farmacias, ya que existe un elevado consumo de alcohol concentrado (12) y en los abarrotes, que venden en su mayoría bebidas alcohólicas embotelladas.

a) LOS SUJETOS.

Los primeros pacientes fueron personas que se encontraban hospitalizadas por intoxicación aguda. Posteriormente estos mismos pacientes llevaron nuevos elementos a la Unidad. En la actualidad el número de pacientes atendidos se aproxima al centenar.

Para el presente estudio se tomaron treinta pacientes que -

en un 70% radican en la ciudad y en un 30% pertenecen a municipios vecinos a Guanajuato, como son Dolores Hidalgo, San Luis de la Paz y Celaya, los cuales asisten a la Unidad con regularidad.

La edad oscila entre treinta y cuarenta y cinco años constituyendo el 90% de los casos.

De los treinta pacientes que constituyen la muestra, diecisiete son casados (57%), once son solteros (37%), y dos son viudos (6%).

En su mayoría son obreros, veinte casos que dan un 6%, dedicándose a la alfarería, panadería, albañilería, zapatería. - Cuatro de ellos tienen pequeños comercios (13.5%), otros cuatro trabajan en diversos empleos como cantineros y meseros y - el 7% restante carece de trabajo fijo.

La escolaridad en los pacientes del grupo ha sido insuficiente, diecisiete de ellos no terminaron la instrucción primaria; con mayor propiedad podemos decir que apenas la iniciaron, asistiendo al primero o segundo grados constituyendo el 57% -- del grupo; once terminaron la instrucción primaria (37%) y dos no asistieron a la escuela permaneciendo analfabetas (6%).

Podemos darnos cuenta de su situación económica a través de los sueldos que perciben mensualmente: dieciseis de ellos o sea el 53% tienen un sueldo que fluctúa entre 500 y 1 000 pesos, catorce pacientes, no alcanzan un salario de 500 pesos.

El 50% de los pacientes sostiene a menos de tres familiares. Siete de ellos tienen a su cargo entre tres y seis familiares (23%) y ocho poseen una familia de más de seis elementos (27%).

Rentan casa veintitres pacientes (77%) y la poseen propia, aunque es generalmente de adobe, siete de ellos (23%).

Ninguno de los alcohólicos del grupo tiene menos de diez años de ingerir bebidas alcohólicas. Comenzaron a beber alrededor de los catorce a dieciseis años, haciéndolo al principio en forma esporádica cada dos o tres meses y aumentando su frecuencia hasta hacerlo normalmente cada ocho días. Pasados algunos años no les fué suficiente tomar bebidas alcohólicas por uno o dos días solamente, aprovechando el fin de semana, sino que comenzaron a ingerir alcohol el lunes por la mañana hasta que se habituaron a hacerlo por ocho, diez o quince días consecutivos e incluso por uno o dos meses seguidos. Algunos alcohólicos han logrado suspender las bebidas alcohólicas por periodos que van de 30 a 90 días, antes del tratamiento, habiendo hecho, por lo general, juramento dentro de su religión de no tomar; posteriormente, ni aún este medio les evita el seguir tomando bebidas embriagantes. La proporción en años, en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas es como sigue: de 10 a 20 años de tomar bebidas alcohólicas, dieciseis casos que dan un 53.5%; de 21 a 30 años, diez casos que equivalen al 33.5%; de 31 a 35 años, cuatro pacientes o sea el 13%.

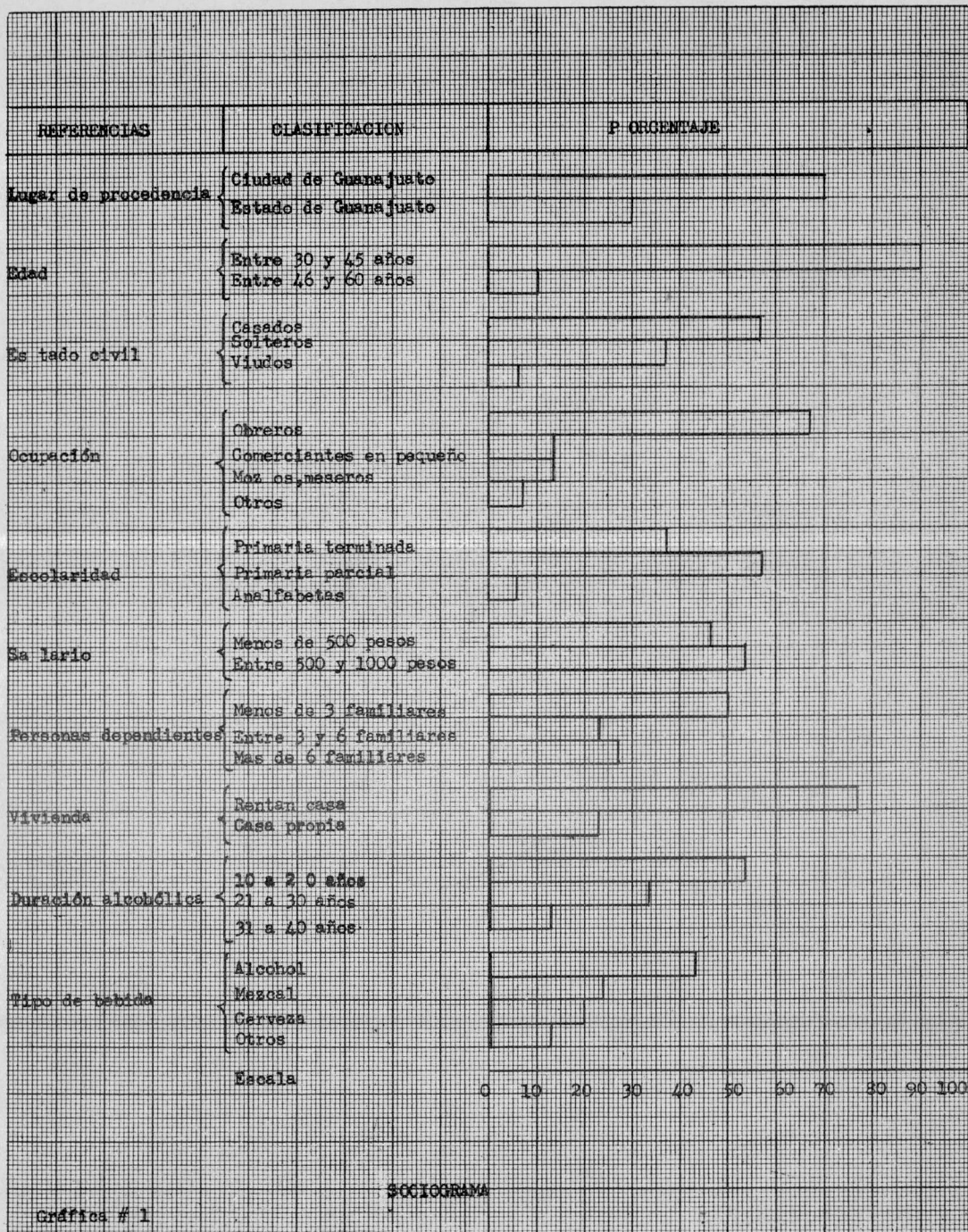
En relación con el tipo de bebida, la mayor parte de los pacientes de este grupo toman el alcohol de 96 grados, acompañado de refresco, té o simplemente agua. El porcentaje es de 43 que corresponde a trece pacientes; siete de los pacientes toman mezcal (24%), seis toman cerveza (20%) y cuatro otro tipo de bebidas como tequila o coñac (13%).

Por lo antes dicho podemos apreciar la homogeneidad del grupo de pacientes con los cuales se llevó a cabo el presente estudio. Resumiendo, podemos decir que sus integrantes son todos varones, originarios de Guanajuato o municipios vecinos, pertenecientes al mismo estrato socioeconómico, con preparación similar, faltos de escolaridad, que trabajan como obreros,

de nivel intelectual semejante, sobrepasan en su mayoría los diez años de ingerir bebidas alcohólicas que consisten sobre todo en alcohol o mezcal y a los cuales se les ha observado por seis a doce meses.

SOCIOGRAMA			
REFERENCIAS	CLASIFICACION	No. CASOS	%
Lugar de procedencia	Ciudad de Guanajuato	21	70
	Estado de Guanajuato	9	30
Edad	Entre 30 y 45 años	27	90
	Entre 46 y 60 años	3	10
Estado Civil	Casados	17	57
	Solteros	11	37
	Viudos	2	6
Ocupación	Obreros	20	67
	Comerciantes en pequeño	4	13.5
	Meseros, mozos, etc.	4	13.5
	Otros	2	6
Escolaridad	Primaria terminada	11	37
	Primaria parcial	17	57
	Analfabetas	2	6
Salarios	Menos de 500 pesos	14	46.5
	Entre 500 y 1 000 pesos	16	53.5
Personas dependientes	Menos de 3 familiares	15	50
	Entre 3 y 6 familiares	7	23
	Más de 6 familiares	8	27
Vivienda	Rentan casa	23	77
	Casa propia	7	23
Duración alcohólica	Entre 10 y 20 años	16	53.5
	Entre 21 y 30 años	10	33.5
	Entre 31 y 35 años	4	13
Tipo de bebida	Alcohol	13	43
	Mezcal	7	24
	Cerveza	6	20
	Otros	4	13

Gráfica # 1.



SOCIOGRAMA

b) LA UNIDAD.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, decidieron la creación de la Unidad Antialcohólica, en el mes de septiembre de 1964, a través de la Sección de Educación Higiénica.

Organización.- La Unidad quedó integrada originalmente por un psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social, posteriormente ingresó una profesora con funciones de secretaria y recepcionista. Colaboran con la Unidad el personal médico y enfermeras del hospital civil. El médico general y el personal de laboratorio de Análisis Clínicos del Centro de Salud en Guanajuato. En la actualidad solamente trabajan en la Unidad, la psicóloga y la recepcionista, siendo auxiliares la trabajadora social, el personal del hospital civil y el laboratorio de Análisis Clínicos.

La unidad material.- La unidad material, ubicada en el ala norte del Hospital Civil, consiste en una sala de espera, un cubículo para la aplicación de tests psicológicos, dos cubículos para terapia de grupo o individual, según sea necesario y dos sanitarios. Además se cuenta con tres camas en el propio hospital para los casos que ameritan desintoxicación.

c) ESTUDIO PSICOLOGICO.

El estudio psicológico de cada paciente se inició con la entrevista psicológica efectuada con una triple finalidad: obtención de datos del paciente, establecimiento del report necesario para la posterior aplicación de pruebas y la sensibilización o preparación del paciente para su ingreso al grupo.

En la obtención de datos de cada paciente se procedió con el siguiente orden: se anotó en primer término la impresión causada por el aspecto físico del paciente, su complexión, señas particulares, actitud y comportamiento durante la entrevista.

Se encaminaron las preguntas a descubrir sus actividades,

motivaciones y conflictos, en las diferentes etapas de su desarrollo. Se investigó su situación en el medio familiar y social y por último se trató de saber si tenía conciencia de algún problema personal relacionado con su trabajo, si sentía padecer o padecía alguna enfermedad o algún complejo.

Al final de la entrevista se le tomaron algunos datos generales, lugar de origen, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, salario, personas que dependen de él, tipo de bebida y años que tiene de tomar bebidas alcohólicas.

El segundo punto del estudio psicológico lo constituyó la determinación del carácter. La base de esta clasificación fue determinada por el método fenomenológico, siguiendo la conducta del paciente desde la entrevista, la aplicación de pruebas e intervenciones en las sesiones de grupo, así como también tomando algunos de los reactivos de la prueba de frases incompletas propuesta por Sacks y rasgos determinados mediante la prueba de Machover.

Veintiocho de los treinta pacientes fueron clasificados - en la etapa oral y sólo dos de ellos, en la etapa anal.

La mayor parte de los pacientes que pertenecen a la etapa oral, lo son en forma modal, siendo sólo para un 30% de ellos la boca, la zona erógena principal como lo demuestra la prueba de Machover.

El aspecto oral modal consiste en que el alcohólico lo espera todo de los demás y es incapaz de lograr algo por sí mismo. Necesita afecto, protección, guía en el trabajo y apoyo para resolver sus dificultades; siempre espera recibir y no está capacitado para dar. Cuando ofrece un servicio, es porque espera verse recompensado con amistad y se siente frustrado si no se le ve con delicadeza y reconocimiento.

La hipersensibilidad del alcohólico en sus relaciones in-

Oral receptivo e in-
corporativo

Anal retentivo o eli-
minativo

Genital

Escala

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nota.- Fijación de modo

CARACTER

Gráfica # 2

terpersonales radica en que si él desea o pide algo veladamente y se le niega del exterior, se torna incapaz de aventurarse en la experiencia de lograr por sí mismo su objetivo.

CARACTER	No.CASOS	%
Oral receptivo o incorporativo	28	93.5
Anal retentivo o eliminativo	2	6.5
Genital	0	0.0
Total	30	100.0

Gráfica # 2.

Para llevar a cabo el estudio correspondiente a las cuatro esferas expuestas en el prólogo de esta tesis y propuestas por David Shakow, la selección de tests se hizo en base de tres factores: el primero, obtener el resultado más objetivo posible, o sea buscar la mejor aproximación a la detección de la capacidad del paciente, de los aspectos afectivos y volitivos de la personalidad, de sus relaciones intra e interpersonales, de su disposición y posibles métodos educacionales y de fundamentar con acierto ciertos aspectos del diagnóstico clínico; el segundo factor, fué el tiempo disponible que debió ser distribuido para llevar a cabo las psicometría, ciertos aspectos del diagnóstico, sesiones de terapia de grupo y de terapia ocupacional, así como una sesión semanal con las esposas e hijas mayores de los pacientes; y por último el factor económico, que aunque secundario, no es posible dejar de tomarlo en cuenta. Así, la realización de las pruebas tuvo un gasto mínimo, ya que el material requerido fué papel y lápiz.

Uno de los tests escogidos fué el de J.C.Raven o Tests de matrices progresivas.

El Test de Raven es un test factorial, basado en la teo-

ría de Spearman, y que pretende medir el Factor g .

Spearman, psicólogo inglés, trabajó desde 1904 con la técnica de su método factorial en la investigación de una teoría sobre la inteligencia fundada en datos científicos. Su posición es ecléctica pero personalísima.

En ese tiempo se presentaban tres distintas teorías sobre la inteligencia:

a) Teoría Monárquica, que supone a la capacidad mental bajo el gobierno soberano de una gran facultad, llamada inteligencia.

b) Teoría Oligárquica, que postula la existencia de varias facultades diferenciadas y

c) La Teoría Anárquica, que toma la mente como una multitud de facultades independientes y altamente particularizadas.

Frente a estas teorías presenta Spearman su teoría bifactorial o teoría de los dos factores. Considera que las aptitudes del hombre tienen un factor general o común a todas ellas, Factor g , y un factor específico o propio de cada una de ellas Factor s . El Factor g interviene en todas las actividades mentales de un individuo. Su magnitud es constante intraindividualmente, pero variable interindividualmente; es decir, en cada individuo es constante para cada manifestación de su actividad mental, pero varía de unos sujetos a otros. En cambio el Factor s es variable, tanto en los individuos entre sí, como en las distintas aptitudes de un mismo individuo. Posteriormente Spearman revisó su teoría y aceptó los llamados Factores de Grupo, comunes a varias actividades o aptitudes semejantes, factores intermedios entre el Factor g y los Factores s .

El test de Raven constituye una prueba para la medición del Factor g principalmente. La primera impresión experimental

se hizo en 1936, el test definitivo se obtuvo en 1938 y en 1941 se presentaron los baremos y la tipificación del test. La valoración de Factor g alcanza una saturación aproximada de 0.68 a 0.79. Se ha encontrado que aparte del Factor g determina un factor espacial y hasta cuatro factores independientes, relacionados con algunas series.

La aplicación de este test, en el grupo Guanajuato, se llevó a cabo buscando la medición aproximada del Factor g en cada individuo. Se hizo mediante aplicación individual, por lo que se tuvo la oportunidad de tomar la aptitud del sujeto durante la prueba, en cuanto a su forma de trabajo, disposición y perseverancia.

De los treinta casos que constituyen el estudio de este grupo, ninguno reportó discrepancia.

La aplicación de la prueba se hizo en forma individual y se tomó como baremo el propuesto por Raven elaborado sobre 3 650 soldados y 2 192 civiles.

Los resultados de la aplicación de la prueba de Raven en los pacientes alcohólicos de este grupo, fueron los siguientes:

DIAGNOSTICO DE INCAPACIDAD INTELECTUAL	RANGO	No. CASOS	%
Superior	I	0	0.0
Superior Término Medio	II	1	3.0
Término Medio	III	2	7.0
Inferior Término Medio	IV	20	67.0
Deficiente	V	7	23.0
Total		30	100.0

Gráfica # 3.

Más de la mitad de los integrantes del grupo obtuvieron -

Superior

Superior término medio

Término medio

Inferior término medio

Deficiente

Escala

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

INTELIGENCIA - TEST DE RAVEN

Gráfica # 3

un diagnóstico de capacidad intelectual, inferior al término medio; cerca de la cuarta parte del grupo se encontró deficiente. Cabe aquí añadir que la mayoría de estos pacientes tienen habilidad para ejecutar trabajos manuales.

Muchas de las frustraciones del paciente alcohólico nacen precisamente de que se ha fijado metas muy altas para llevar a cabo y carece de la capacidad suficiente para realizarlas. Por otra parte, las personas de capacidad intelectual deficiente se dejan influenciar por las presiones ambientales, de tal manera que si el "amigo" insiste en tomar vino, son incapaces de oponer su voluntad. Por lo expuesto en las sesiones de grupo o en las entrevistas, sabemos que casi siempre existió la influencia de algún familiar o persona mayor o de la misma edad con cierta ingerencia sobre el paciente, que lo llevó a tomar vino por primera vez y le enseñó como curarse la "bruda", es decir, le enseñó como continuar bebiendo a pesar de que el organismo repudiaba aún el olor a vino, después de haberlo ingerido en grandes cantidades.

Con lo anteriormente expuesto, no dejamos asentado que la deficiencia intelectual sea un factor indispensable en la personalidad alcohólica, sino sólo describimos las características de capacidad intelectual de nuestro grupo y por tanto, un factor más que facilitó el camino al alcoholismo. La frustración por querer lograr metas demasiado altas para la propia capacidad la encontramos en la etiología de muchas neurosis y también encontramos, por otra parte, numerosos alcohólicos con capacidad intelectual superior.

Con el objeto de encontrar orientación sobre los aspectos volitivos y afectivos de la personalidad, que incluyen las relaciones consigo mismo y con sus semejantes, se usó el test proyectivo semiestructurado de Frases Incompletas propuesto por Sacks. Este test investiga cuatro áreas: la familiar, la -

sexual, la de relaciones interpersonales y la del concepto de sí mismo. En el área familiar se investigan las actitudes que el individuo guarda con respecto a la madre, el padre y la familia como unidad. El área sexual incluye actitudes acerca de la mujer, de las relaciones heterosexuales. En el área de relaciones interpersonales se investigan actitudes respecto a los amigos, compañeros superiores e inferiores. En el concepto de sí mismo se investiga acerca de los sentimientos de culpa, fobias, habilidades propias y sobre el pasado y futuro, con sus metas y aspiraciones.

Se ha establecido la validez de este test mediante estudios comparativos con otros tests que ponen de manifiesto la personalidad de los sujetos, como el Rorschach y el test de Apercepción Temática.

La aplicación de este test en los miembros del grupo Guajuato se hizo en forma individual y siguiendo las indicaciones del autor descritas en Projective Psychology editado por Lawrence Edwin Abt. y Leopold Bellak.

Las orientaciones respecto a los conflictos de los pacientes del grupo de alcohólicos, que se determinaron con esta prueba, fueron los siguientes:

CONFLICTOS INTRAPERSONALES	No. CASOS	%
Ausencia de habilidades propias	15	50.0
Sentimientos de culpa	12	40.0
Fobias	12	40.0

Gráfica # 4.

Ausencia de habilidades
propias

Sentimientos de culpa

Fobias

Escala

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

CONFLICTOS INTRAPERSONALES

FRASES INCOMPLETAS

Gráfica # 4

Con la esposa o con la mujer

Con la madre

Con el padre

Con la familia

Con sus contemporáneos y conocidos

Con los inferiores

Con la autoridad

En las relaciones hetero sexuales

Escala 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

CONFLICTOS INTERPERSONALES
FRASES INCOMPLETAS

Gráfico # 5

CONFLICTOS INTERPERSONALES	No. CASOS	%
Con la esposa o con la mujer	11	36.5
Con la madre	12	40.0
Con el padre	5	16.5
Con la familia	4	13.5
Con sus contemporáneos y conocidos	12	40.0
Con los inferiores	6	20.0
Con la autoridad	1	3.5
En sus relaciones heterosexuales	7	23.5

Gráfica # 5.

De las 60 frases incompletas, a continuación detallamos algunas con sus complementos los cuales pusieron de manifiesto algunos aspectos de la dinámica intra o interpersonal de los pacientes:

Acerca de la madre:

Me gusta mi madre pero..
... Mi papá también.
... siempre me ha gustado.
... pero más mi esposa.
... pero también mi esposa.
... no me gusta que me regañe.
... la quiero mucho, la estimo.
... con sumo respeto.

Mi madre y yo..
... no nos conocimos.
... pues mi mamá me dejó chico y no tengo cariño de ella.
... nos queremos mucho.

Incluimos en esta sección una frase incompleta que sirve para detectar las aspiraciones futuras por la calidad de contenido con que fué completada:

Lo que más deseo en la vida..
... es mi madre.

Con respecto al padre y a la familia:

Mi padre..

... rara vez me hace falta.

Mi familia me trata como..

... me quería, me protegería.

... a un extraño.

... con desprecio por tomar vino.

... si fuera nadie.

Comparada con la mayoría de las familias la mía..

... en veces es pésimamente mala conmigo.

... nunca me ha ayudado a hacer lo que yo quiero ser.

Cuando era niño..

... mi familia me pegaba mucho.

Mi experiencia infantil más vívida..

... los golpes que me dió mi padre.

Area sexual y heterosexual:

Cuando veo a una mujer y a un hombre juntos..

... envidia su alegría.

... envidia su compatibilidad.

... me da lástima de mí.

... siento envidia.

Mi concepto del matrimonio..

... yo nada mas observo.

Creo que la mayoría de las mujeres..

... me han querido por mi dinero.

... son frívolas.

... son incomprensivas

... son malas.

Si yo hubiera tenido relaciones sexuales..

... estaría peor (andando en la parranda).

... no hubiera durado mucho tiempo.

... no siento nada, por un momento las quiero y luego las -
odio.

Lo que menos me gusta de las mujeres..

... que no me comprendan.

... es que no me obedezcan.

... es que sean malas.

Lo que menos me gusta de las mujeres..
... es que sean bonitas y no tengan compasión de uno.

Area de las relaciones interpersonales:

Cuando no estoy presente mis amigos..
... se enojan conmigo.
... juegan.
... no hay amigos son interesados del dinero.
... me ofenden.
... me critican.

Siento que un verdadero amigo..
... me ha fallado.
... me puede traicionar.
... pueda perjudicarme.

Al dar órdenes a otros..
... me siento apenado.
... me siento cohibido.

La gente que trabaja conmigo generalmente..
... se enfada porque les dice uno cualquier cosa.

No me gusta la gente que..
... diga lo contrario.
... se porte mal conmigo.

Al dar órdenes a otros..
... me siento superior.
... sería demasiado estricto.

Area del concepto de sí: fobias, sentimientos de culpa, habilidades propias.

Se que es una tontería pero tengo miedo..
... a que mi madre me falte.
... de hacerlo (tomar vino).
... a la obscuridad.
... de llevar a cabo una cosa que no esté en su lugar.
... suplicar a la mujer que tenía, que regrese.

La peor cosa que he hecho en mi vida..
... es haber fallado a muchas promesas.
... levantar alguna calumnia, ¿no?
... haber dejado que se llevaran a mi esposa al manicomio, por una parte porque no me tuvieron en cuenta, no escribieron en la estadística, me regañaron.

Me gustaría perder el miedo..

- ... a los que me acosan.
- ... será a mis amigos.
- ... a la indiferencia.
- ... a la vida que llevo.
- ... a morir, para verla con menos temor (la muerte)
- ... a perder la ocasión, a los enemigos, a sucumbir.
- ... a la claustrofobia.
- ... a la vida.
- ... a todo lo que me afectara.

Haría cualquier cosa por olvidar..

- ... el vicio.
- ... lo pasado.
- ... los errores que he cometido.
- ... las molestias que he causado a mi madre.

Mi peor equivocación fué..

- ... el vicio.
- ... dejar mis estudios.
- ... fué juntarme con una mujer sin conocerla.
- ... no haberme dado a respetar de una muchacha con la que - vivía.

La mayoría de mis amigos no saben que..

- ... yo ya no quiero tener amistad con ellos.
- ... que los critico luego.
- ... que los odio porque han sido la causa de mi desgracia - por tomar.
- ... yo soy malo en mi modo de ser.

Cuando era niño..

- ... me sentía culpable de desobedecer a mis padres.
- ... me sentía culpable de no ir a la escuela, trabajé.
- ... de la ignorancia.
- ... de hacerles maldades a los demás, aunque más bien me -- las hacían a mí porque era muy chillón.

A veces mis temores me impulsan a..

- ... cometer errores.
- ... tomar.
- ... gritar.
- ... cosas equivocadas.

Cuando las circunstancias me son adversas..

- ... me siento mal.
- ... reniego.
- ... me siento a disgusto.

... comulgo espiritualmente.
... me deprimó.

Cuando la suerte está en mi contra..

... me va mal.
... volver atrás, supongamos.
... pues no puedo hacer nada.
... me aguanto.
... no hallo que hacer.
... siento desesperación.

Del área de metas y aspiraciones:

Si yo fuera joven o niño otra vez..

... no sería lo que soy.
... seguiría el destino que tuviera marcado porque no lo podría cambiar.
... borraría todo lo que he hecho mal.

Siempre he querido que..

... mi suerte sea buena.
... todo me salga bien.

Sería completamente feliz si..

... tuviera lo que deseo.
... mi mujer fuera más buena gente conmigo.

Cuando era niño..

... me pegaban.

Cuando sea de mayor edad..

... no se que iré a hacer.

Mi ambición secreta en la vida..

... ninguna.

El futuro me parece..

... indeciso.
... que me rechaza.

Para la determinación de otros rasgos de la personalidad, - se empleó el test de Karen Machover, tomando también en consideración algunas de las indicaciones de Leopoldo Caligor respecto a la interpretación de dibujos de la figura humana. La experiencia de Machover se basa en su mayor parte en la interpretación - de dibujos de varones mayores de dieciseis años y el supuesto bá

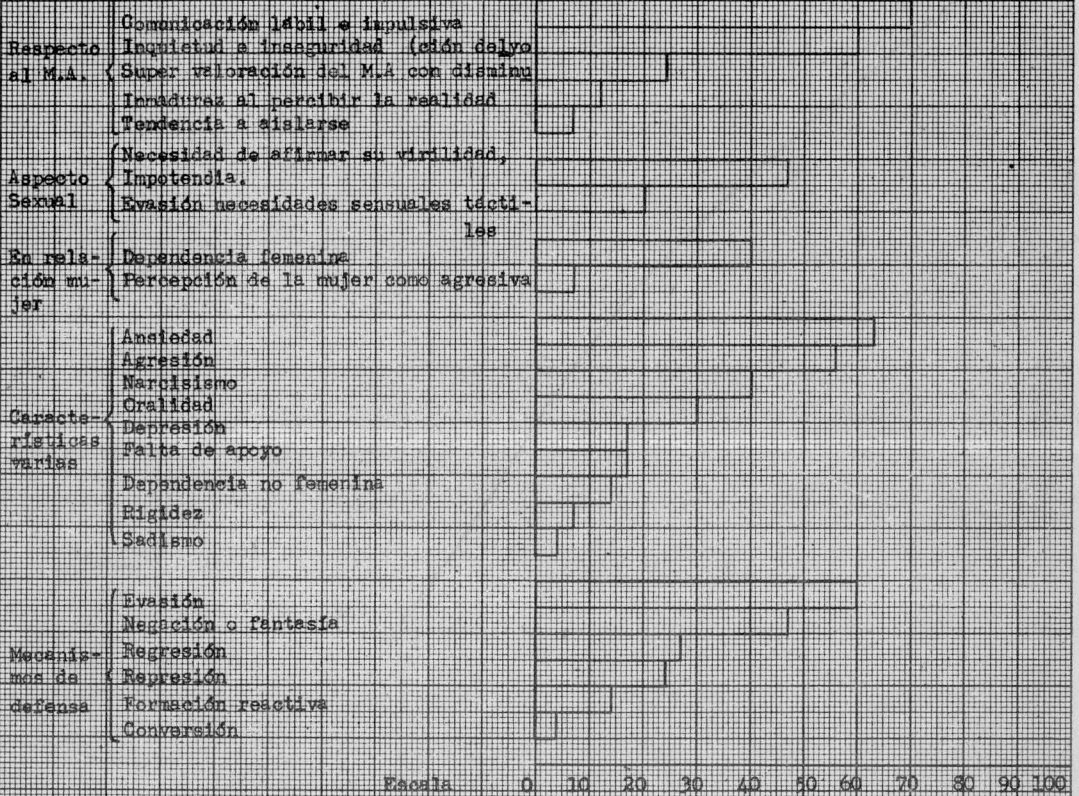
sico consiste en que la figura humana dibujada está en íntima - relación con los impulsos, conflictos, ansiedades y mecanismos de defensa característicos del propio individuo.

Quedan sintetizados los resultados obtenidos por este test, en el siguiente esquema:

DATOS OBTENIDOS DEL MACHOVER	No. CASOS	%	
Respecto al medio ambiente.	Comunicación lábil e impulsiva y sentimientos de rechazo.	21	70.0
	Inquietud e inseguridad para enfrentarse al mundo exterior.	18	60.0
	Supervaloración del medio ambiente y disminución del propio yo.	7	23.5
	Modo evasivo e inmaduro de percibir la realidad.	5	16.5
	Tendencia a la soledad.	2	6.5
Aspecto sexual.	Necesidad de afirmar su virilidad o/e impotencia actual.	14	46.5
	Evasión de las necesidades sensoriales táctiles.	6	20.0
En relación con la mujer.	Dependencia femenina.	12	40.0
	Percepción de la mujer como agresiva.	2	6.5
Características varias.	Ansiedad.	19	63.5
	Agresión.	17	56.5
	Narcisismo.	12	40.0
	Oralidad.	9	30.0
	Depresión.	5	16.5
	Falta de apoyo	5	16.5
	Dependencia femenina	4	13.5
	Rigidez.	2	6.5
Sadismo.	1	3.5	
Mecanismos de defensa.	Evasión.	18	60.0
	Negación o fantasía.	14	46.5
	Regresión.	6	20.0
	Represión.	7	23.5
	Formación reactiva.	4	13.5
	Conversión.	1	3.5

Gráfica # 6.

Los tests antes descritos fueron aplicados a todos los pacientes en forma individual, pero cuando se hizo necesaria ma--



CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD
TEST DE MACHOVER

por precisión en el diagnóstico se recurrió a la aplicación -- de otros tests como el de Psicodiagnóstico de Rorschach y el - Test Gestáltico Visomotor de Bender.

De los datos expresados en forma sintética, se desprende que el paciente alcohólico del grupo Guanajuato, al igual que lo informado en otros estudios efectuados sobre pacientes alcohólicos, no está caracterizado por un perfil definido sino por una serie de rasgos. Es de carácter oral, receptivo, dependiente y se encuentra en constante conflicto con la sociedad - en que vive. Provoca un círculo vicioso, espera ser rechazado por la sociedad, la agrede con su conducta fuera de control y en efecto la sociedad le rechaza, por lo cual puede exponer ca sos concretos en que la sociedad le ha atacado o dejado de lado. Sin embargo hay una figura que se "preocupa" por él, es la madre o esposa. Se angustia porque el esposo o el hijo bebe, entonces le encierra en la cárcel o en el hospital, donde le lle va buen alimento o ropa limpia, o le mantiene en casa dándole más alcohol para evitarle el malestar de la desintoxicación. - Pero es la madre o esposa ambivalentes que posteriormente le - recriminan por sus sacrificios o que sencillamente le impiden desarrolle su personalidad, queriendo a cada paso y momento de cidir por él o frustrando las ocasiones propicias para desarro llar una actividad o un empleo, para que no las abandone. Sin embargo el cariño que quieren asegurar se escapa, puesto que - si bien provoca fijación, al mismo tiempo hay rechazo, esto, - aunado al narcisismo que encontramos en la mayor parte de los alcohólicos. Con frecuencia la madre o la esposa son dominan-- tes y de ellas dependen nuestros pacientes, buscando posteriorme nte su evasión en el alcohol.

Los conflictos en sus relaciones heterosexuales tienen -- una significación de segundo plano; son debidas en su mayor -- parte a que la ingestión prolongada de bebidas alcohólicas - -

trae como consecuencia cierta impotencia. Se ha detectado un -- solo caso de posible homosexualidad.

Además de los sentimientos de rechazo al medio ambiente, - encontramos que la comunicación de los pacientes es lábil e impulsiva con el mismo.

Existe correlación entre sus sentimientos de falta de habilidades propias y su inquietud e inseguridad para enfrentarse - con el mundo exterior y esto, con su fijación libídinal en la - etapa oral.

Según Erik H. Erikson, existen ocho estadios en el desarrollo del hombre, en los que el primer estadio comprende la confianza básica contra la desconfianza, que equivale a lo que Teresa Benedik denomina fé y que implica saber apoyarse no sólo - en la igualdad y continuidad de proveedores externos, sino también saber tener confianza en sí mismo y en la capacidad de los propios órganos para superar las urgencias, así como considerar se lo suficientemente merecedor de confianza como para que los que proveen no necesiten ponerse en guardia, temerosos de ser - atacados. La maduración en este estadio, la adquisición de confianza, depende en mucho de la relación madre e hijo. Sin esta confianza básica en la primera etapa del desarrollo, es imposible que la maduración de la personalidad siga adelante.

Es en este primer estadio en donde encontramos a la mayor parte de nuestros pacientes, sin que hayan logrado adquirir la confianza necesaria en sí mismos, para seguir adelante en el -- proceso de su maduración.

Al suprimir el alcohol, el paciente alcohólico tiende a refugiarse en la fantasía, y se observa el rápido desarrollo de - mecanismos de defensa que antes eran de poca notoriedad.

Haciendo un estudio comparativo de los datos psicológicos del paciente alcohólico del grupo Guanajuato con los datos re--

portados por diferentes autores según lo expusimos en el Capítulo II, encontramos semejanzas notables en la mayoría de ellos.

Coincidimos con Denis McGenty en cuanto a que el alcohólico es una persona egocéntrica y dependiente, con incapacidad para enfrentarse a las presiones externas por baja tolerancia a la tensión. Los sentimientos de omnipotencia, a que hace referencia este autor, son desarrollados por algunos de los pacientes cuando se encuentran en estado de ebriedad, y como mecanismos de sobre compensación por otros de ellos, cuando no han ingerido bebidas alcohólicas.

Las diversas características del paciente alcohólico, en especial cuando nos referimos a sus relaciones inter e intrapersonales, ponen de manifiesto la alteración de la función ejecutiva del yo, que como manifiesta Franz Alexander, no sabe buscar la debida satisfacción en el medio exterior a sus necesidades internas.

Coincidimos con Israel Zwerling y Milton Rosenbaum en cuanto a la existencia de las siguientes características del paciente alcohólico: dependencia oral receptiva, profunda fijación a la madre e impulsos agresivos.

No se puede decir al igual que Knight, que los pacientes de este grupo sigan la secuela propuesta por él, en el sentido de que la frustración lleve a la cólera y ésta a sentimientos de culpa y a una posición masoquista, aunque el paciente alcohólico de este grupo presente sentimientos de culpa por la ingestión de bebidas alcohólicas. Se coincide en que la excesiva protección materna fomenta una exagerada exigencia de indulgencia.

Coincidimos con Macoby en la casi totalidad de rasgos que forman la estructura del carácter de los alcohólicos de la aldea: receptividad, fijación a la madre, narcisismo y agresividad. No así con la predominancia del machismo, que el autor se-

ñala con énfasis. Así mismo consideramos que juegan papel importante en el desarrollo del alcoholismo las influencias culturales, la vulnerabilidad psicológica de la sociedad y la -- vulnerabilidad económica.

De lo expuesto por J.R. Cavanagh y J.B. McGoldrick, en -- cuanto que el alcohólico es egocéntrico, falta de madurez emocional, con mecanismos de evasión a través de la fantasía y -- sentimientos de inferioridad, en especial cuando se llevan a -- cabo contactos con la sociedad, existe una total coincidencia en lo detectado en este grupo; no así en cuanto a la referen-- cia de que todo alcohólico tiende a ser de carácter introvertido.

Por tanto encontramos que coinciden los resultados obtenidos de nuestro estudio con lo propuesto por los autores antes señalados, con respecto a las características de la personalidad del paciente alcohólico.

A continuación transcribimos uno de los estudios realizados:

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS.

Paciente # 3.

ENTREVISTA: El paciente es una persona de edad, en mal estado nutricional, de estatura media, enjuto, con escaso pelo y actitud triste, que se sienta encorbado y con la cabeza ligeramente baja. Como señas particulares tiene un lunar en la mejilla izquierda.

Su padre murió siendo él aún niño y en su lecho de muerte le juró que viviría con su abuela, quedando con su madre solamente el otro hermano.

En su pubertad sobrevino la revolución y vivió errante en

el cerro acompañado de una vaca, alimentándose de su leche y de tunas, nopales y yerbas. Pasó este tiempo totalmente sólo, aislado de toda compañía humana.

En su adolescencia vivió con la abuela trabajándole la tierra y cuidando de los animales. Pasados algunos años, regresa al rancho un hijo de la señora y tío suyo y siente que se le -- ofende por lo cual él se retira.

Se reúne con su madre y trabaja en un mineral alejado de esta ciudad. Establece relaciones con una muchacha que no es -- del agrado de su madre y regresan a Guanajuato.

Trabaja como zapatero, toma bastantes bebidas alcohólicas, asiste con frecuencia a fiestas y a bailes, tiene varias novias, incluso llega a tener dos novias al mismo tiempo. Después se casa y tiene siete hijos. Pasa enfermedades, sufrimientos y pobreza, que lo dejan en ocasiones inactivo y la mujer trabaja.

En su matrimonio hay divergencia de criterio con su esposa, sobre todo en lo relativo a la educación de los hijos.

Trabaja con frecuencia en los Estados Unidos recolectando algodón. Se ahonda el distanciamiento con su familia.

En la actualidad asiste en su cuarto de trabajo, situado al lado de su casa pero sin comunicación con ella, donde duerme y hace sus alimentos.

Asiste a la Unidad invitado por otro paciente. A perdido un trabajo de jardinero que efectuaba con facilidad, por motivo de la bebida. El haber sido despedido, lo juzga como un castigo exagerado y sin fundamento por parte del patrón, ya que no le faltó al respeto, aunque sí se presentó en estado de ebriedad.

Muestra deseos de curarse e ingresa al grupo.

DATOS GENERALES.

ORIGINARIO DE: Guanajuato, Gto.

EDAD: 50 años.

ESTADO CIVIL: Casado.

OCUPACION: Zapatero.

ESCOLARIDAD: Primero de Instrucción Primaria.

SALARIO: \$ 650.00

PERSONAS QUE DEPENDEN DE EL: 4

CASA: Rentada.

TIPO DE BEBIDA: Mezcal.

TIEMPO EN AÑOS DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS: 34

DATOS PSICOLOGICOS:

INTELIGENCIA (RAVEN): Inferior término medio. Rango IV.

CARACTER (OBSERVACION): Fase oral.

CONFLICTOS (FRASES INCOMPLETAS): Con su esposa y familia.- Percibe en ocasiones a la mujer como incomprensiva.- Sensibilidad ante los malos tratos o fallas de los amigos.- Sobre compensación, con los inferiores se siente superior.- Miedo existencial a succumbir a los enemigos, a perder la ocasión.- sentimientos de culpa por tomar vino.- Depresión ante la adversidad.- En sus metas se muestra dependiente de los demás, en el sentido de esperar -- que la familia sea buena, en ser feliz sin que existan dificultades.

OTRAS CARACTERISTICAS DE SU PERSONALIDAD (MACHOVER): Acentuación de su propio yo con infravalorización del medio ambiente, por lo que su relación con los demás es lábil e impulsiva.- Fantasía - excesiva.- Criterio de la realidad disminuído.- Sumamente oral - y dependiente.- Necesidad de protección por parte de la figura - femenina.- Ansiedad.- Depresión.- Deseo de conservar su virilidad ya disminuída.- Expresa rechazo y desprecio.- Cierta problema de impotencia o insatisfacción.

SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE.- Tomamos para este estudio al paciente cuyo expediente corresponde al # 3, en virtud de que lle va más años de ingerir bebidas alcohólicas. Su padecimiento es catalogado dentro de los alcohólicos sintomáticos. Presenta estados de intensa ansiedad y depresión. Mecanismos de sobrecompensación y evasión, por lo que recién ingresado al grupo mante nía escaso contacto con su familia, la cual constituye su mayor núcleo conflictivo.

Ha asistido a la Unidad por un año, con toda regularidad. A los ocho meses reincidió una vez, motivado por el reclamo de su trabajo hecho por una de sus clientes.

Sus relaciones familiares han sufrido notorios cambios. En la actualidad hace sus comidas en su hogar. Ha invitado a sus hijas a la Unidad con motivo de diferentes actos sociales. Cuatro de ellas han asistido en varias ocasiones y la menor de ellas en forma constante cada ocho días. Por tanto se ha roto la barrera de aislamiento que mantenía con su familia.

Dentro del grupo se desenvuelve en forma adecuada. Si otros toman la palabra, se mantiene atento e interviene cuando no hay otro paciente que tenga necesidad notoria de expresarse en forma verbal. Lo hace con prudencia, con facilidad de palabra, contando anécdotas que levantan el ánimo de los demás o bien expresando sus conflictos, aún los familiares a pesar de que la actitud de los demás miembros del grupo sea a veces de reserva.

Cuando se han puesto de manifiesto ciertas limitaciones de los pacientes del grupo y que lo atañen a él directamente, tien de a deprimirse, pero no ha recurrido a la evasión o inasistencia al grupo y basta alguna sesión individual de apoyo para que rectifique y se renueve su ánimo. En conclusión podemos decir que este paciente se ha ido reincorporando al núcleo familiar y

social en forma paulatina sin que sea motivo de fuerte ansiedad y por lo tanto sin necesidad de recurrir a las bebidas alcohólicas como medio de evasión, encontrando que la felicidad está no sólo en recibir sino también en dar.

d) PSICOTERAPIA EN GRUPO.

La psicoterapia según una definición comprensiva, "es - una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en la que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de elimi--nar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar pa--trones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desa--rrollo positivo de la personalidad.

En el grupo Guanajuato la terapia aplicada puede conside--rarse como terapia de apoyo, la cual tiene por objetivo, el re--forzamiento de las defensas existentes, la elaboración de meca--nismos nuevos y mejores para mantener el control. Se ha hecho - uso de persuasión, catarsis emocional, externalización de inte--reses, terapia por drogas, terapia de grupo y terapia musical.

Después de la desintoxicación aguda, en unos casos, y siem--pre después de haber tomado los datos para el sociograma y ha--biendo tenido la entrevista inicial, el paciente es incorporado al grupo.

En hojas anteriores de esta tesis dejamos asentado que el paciente alcohólico en estado de sobriedad, evita por cuantos - medios están a su alcance, el travar contacto con sus semejan--tes, es una persona reconcentrada en sí misma, con sentimientos de minusvalía que a veces enmascara con mecanismos de sobre com--pensación, que impide en cuanto le es posible, el ser conocido por lo que realmente es o vale, de ahí que se les introduzca al grupo en forma paulatina. Uno de los casos se negó definitiva--mente a ingresar al grupo. Otro de ellos se presenta sólo en es--tado de ebriedad y con su agresividad interrumpe constantemente al grupo. Otros más se presentan al grupo en forma esporádica - y hacen intenso uso de mecanismos de negación.

Durante el primer año de funcionamiento de la Unidad los -

pacientes estuvieron divididos en dos grupos de más o menos nueve pacientes cada uno, con dos sesiones a la semana. En la ac--tualidad los grupos funcionan con el mismo número de personas, pero una sola vez por semana en días diferentes. Uno o dos de - los elementos del grupo concurren a ambas reuniones.

En las primeras sesiones la terapia fué semejante a la es--tablecida por Pratt con el grupo de pacientes tuberculosos. Los sentimientos de rivalidad y solidaridad se fueron activando pau--latinamente. La figura del terapeuta fué idealizada, por varias razones: primera, no es alcohólico; segunda, es la persona que calma la ansiedad o depresión intensa mediante el poder mágico de la medicina; tercero, es el que alimenta con sus exhortacio--nes; cuarto, es el que brinda apoyo y comprensión aún cuando se haya reincidido.

Sin embargo, la tendencia inicial fue conseguida poco tiem--po después y consistió en lograr una estructura fraternal den--tro del grupo, en la que el líder surge de entre ellos mismos, siendo uno u otro indistintamente.

No se ha llegado a la terapia interpretativa de grupo.

En seguida se exponen algunas de las observaciones realiza--das y los resultados que con esta terapia se han obtenido.

La primera dificultad personal fué el aprendizaje de una - forma de expresión adecuada para poder establecer la comunica--ción necesaria con los pacientes, debido en parte al nivel inte--lectual del grupo; así la única forma de diálogo es por medio - de ejemplos prácticos tomados de su propia vida diaria. Con este mismo procedimiento sucede muchas veces, que algún elemento del grupo se hace portador de la idea del terapeuta y se encarga a su vez de ejemplificarlo nuevamente, a su manera, al resto del grupo.

Se reconocen dos tipos de pacientes, los que desde un -- principio encuentran agradable contar con un público dispuesto a escucharles con atención. Se sienten importantes aún cuando sea a costa de contar sus propias experiencias producto de los efectos del alcohol. Son los que al reincidir se sienten ufanos de poder contar la gravedad de su intoxicación bajo el -- pretexto de querer ejemplificar lo que el paciente alcohólico no debe hacer. Son los que más tiempo tardan en reconocerse como verdaderos pacientes alcohólicos. Segundo, los pacientes -- que poco a poco van contando esas mismas experiencias sobre todo después de que se han identificado con lo expuesto por algún otro paciente.

El paciente alcohólico después de recuperado de alguno de sus estados de intoxicación alcohólica, siente vergüenza por -- el ridículo que pudo hacer y teme enfrentarse a sus conocidos. Lamenta las pérdidas tenidas en dinero o en objetos que empeña, pérdida de salud; siente miedo a "lo que pudo pasarle", como -- ser atropellado por un coche, morir intoxicado o de una pulmonía. Sin embargo, aún cuando expone sinceramente lo que perdió o pudo pasarle, culpa a una tercera persona. Por ejemplo, culpa a la persona que se aprovechó de su estado de inconsciencia para robarle, jamás piensa que el objeto perdido pudo tirarlo o dejarlo en algún lugar abandonado por descuido. Culpan al patrón que les quitó el empleo porque percibió su aliento alcohólico sin que ellos le hayan faltado al respeto; es decir, no -- perciben su falta de responsabilidad. Cabe aquí hacer notar -- que en la ciudad de Guanajuato, el alcohólico no es dado a importunar con palabras altisonantes, ni a armar escándalos fuertes y frecuentes.

Uno de los mayores problemas del paciente alcohólico es -- la mujer, ya sea la madre o la esposa. Unas y otras son en alto grado sobre protectoras, impiden el desarrollo y madurez de

la personalidad, y a la vez, están exigiendo lo que consideran amor, conformándose con que el esposo o hijo dependan de ellas o bien exigiendo tales cuidados que impiden la realización de los ideales del hijo o del esposo. En un buen porcentaje de los alcohólicos del grupo, existe la "madrecita abnegada" que atiende a las necesidades del hijo, que van desde la alimentación, ropa, pago de casa, hasta la provisión de té con alcohol para atender a la cruda. La esposa a su vez vela por la familia y por el esposo, atiende a las necesidades familiares trabajando en la propia casa, la cerámica, lavando ropa ajena o trabajando como sirvienta. Le permite que tome hasta que "llene" y luego atiende a su curación. Está presta a resolver las situaciones familiares, pero también a ordenar en cualquier situación.

El alcohólico carece de relaciones sociales, no asiste a reuniones con el fin de establecer un diálogo, no visita a familiares o a los amigos del círculo familiar. Ciertamente en su juventud no pierde un baile o es el más alegre cuando a tomado y se le ve por la calle o en la cantina muy abrazado de su "cuate", pero sin que esto constituya una amistad real; simplemente prefiere beber acompañado que solo sin que importe quien sea el compañero. El resentimiento para con la sociedad que lo desprecia es franco. Su hipersensibilidad y necesidad de afecto real, le hacen saber captar la menor reacción de desagrado en las personas que trata y antes de recibir tal frustración, prefiere perder un buen trabajo, la remuneración ya ganada o bien no atender a su salud, si en alguna ocasión no ha sido atendido de inmediato o de buen modo. Se establece una reacción reversible, ya que el paciente alcohólico espera ser rechazado y a su vez las personas que lo tratan lo consideran como un desecho de la sociedad, aún en el campo de la medicina general, incluso cuando está afectado físicamente.

En su trabajo es inestable. Falta con frecuencia hasta -- que es despedido. Le gustaría ser su propio patrón, pero le -- falta capacidad. También le falta constancia, planeación y -- arrojo. Cualquiera dificultad le hace retroceder o abandonar su idea; es también incapaz de reclamar sus derechos, discute y -- se lamenta pero no actúa, bajo la justificación aparente, de -- que no le gusta enemistarse con los demás y prefiere quedar en el papel de víctima. Esta actitud difiere cuando ha tomado alcohol, pues entonces discute, se defiende y trata de hacer justicia por su propia cuenta. Es difícil llevar al paciente alcohólico a hacer recuerdos de su niñez; sus memorias comienzan a partir de la adolescencia. Su vida ha sido por lo general de privaciones, enfermedades y sufrimientos, muchas veces provocados por ellos mismos. La respuesta a sus problemas es siempre pasiva, dejándoles amargura y nunca una satisfacción.

Cuando estos pacientes suspenden la ingestión de bebidas alcohólicas, empiezan a manifestarse mas claramente sus rasgos neuróticos. Han dejado los estados alucinatorios, pero ahora -- sus mecanismos de defensa se incrementan, hay mayor represión, negación, racionalización; entran en angustia, depresión e -- hipersensibilidad. Cuando esta angustia se incrementa hay aumento de agresión que sitúan en el exterior para no dañar al -- grupo; bien sea dirigiéndola contra los patrones o contra los mismos elementos del grupo por haber reincidido.

Los logros son satisfactorios, porque a medida que van vi venciendo mas adecuadamente sus situaciones conflictivas se -- van incorporando a su trabajo, a su hogar y a la sociedad que los consideraba como elementos perdidos.

e) SPICOTERAPIA OCUPACIONAL.

El elemento musical ha ocupado el primer lugar en la -- terapia ocupacional de este grupo.

Desde el inicio del grupo se pusieron de manifiesto las aptitudes musicales de algunos de los integrantes del grupo y se les pidió por primera vez que llevaran sus instrumentos musicales para celebrar la Navidad de 1964. Posteriormente se instituyó un ensayo semanal al que invitan a dos elementos ajenos al grupo; uno de ellos padre de uno de los pacientes.

La puntual asistencia al grupo musical, ha constituido un medio de lograr disciplina, recreación, socialización e incluso ingresos económicos, ya que algunas veces tocan en fiestas y reuniones en las que su trabajo es remunerado. Además, la asistencia a estos lugares, les ofrece la oportunidad de oponerse en grupo a la presión social a beber. El buen papel que logran con su actuación los afirma y por este medio tienen una nueva oportunidad de reincorporarse a la sociedad.

En segundo lugar se promovió una exposición de los trabajos manuales que son la principal fuente de sus ingresos. Se presentaron obras de alfarería hechas con esmero y dedicación y no exentas de arte; pan, zapatos, pinturas, un taller de herrería en miniatura.

En esta forma se estimuló al grupo dándole nuevas motivaciones y estableciendo una competencia entre los miembros, que les permitió autoafirmarse y superarse.

En la primavera del año de 1965, se compuso la canción bolero, "Sueño de Abril". La letra compuesta por el padre de uno de los pacientes y la música por un paciente. Fue interpretada por el conjunto musical y cantada por otro elemento del grupo que posee una excelente voz de varítono.

A partir del año en curso se inició el estudio en grupo de temas correspondientes a la Instrucción Primaria y así mejorar sus posibilidades de trabajo.

V.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1.- Atendiendo a los tres factores señalados, de objetivo, de tiempo y económicos, la batería de tests empleados en el grupo de alcohólicos en Guanajuato, para lograr el estudio del paciente en los aspectos intelectuales, afectivos y volitivos de la personalidad, que incluyen sus relaciones -- tanto consigo mismo como con sus semejantes, fueron después de efectuada la entrevista psicológica:

- a) Test de Raven.
- b) Test de Machover.
- c) Cuando fué necesaria una interpretación mas precisa se aplicó el test de Rorschach y el test de Apercepción Temática o el test de Bender.

2.- Del estudio psicológico del paciente alcohólico en la ciudad de Guanajuato, se obtuvieron las siguientes características de su personalidad:

- a) Caracter oral incorporativo, considerado como fijación de modo.
- b) Situación conflictiva con respecto al medio ambiente -- que consiste en comunicación lábil e impulsiva y sentimientos de rechazo. Inquietud e inseguridad para enfrentarse al mundo exterior.
- c) Relación conflictiva con la madre o la esposa con marcada dependencia femenina.
- d) Conflictos intrapersonales: sentimientos de carencia -- de habilidades propias. Necesidad de afirmar su virilidad o/e impotencia. Sentimientos de culpa.
- e) Mecanismos marcados de evasión y negación o fantasía. En segundo término: regresión, represión y formación reactiva.

- f) Ansiedad.
- g) Agresión.
- h) Narcisismo.

3.- Logros obtenidos mediante la terapia de grupo y ocupacional:

- a) Que el paciente alcohólico se reconozca como tal.
- b) Que logre verbalizar ante un grupo sus propias experiencias, causadas por los efectos del alcohol.
- c) Conocer y orientar sus relaciones familiares, afectivas, con sus amigos, en el trabajo y sociales propiamente dichas.
- d) Vivenciar nuevamente y en forma mas adecuada sus experiencias dolorosas del pasado.
- e) Descubrir y modificar por la interpretación los mecanismos de defensa exagerados y francamente neuróticos, que surgen en estado de sobriedad, al perder la evasión y desinhibición favorecidas por el alcohol.
- f) Formar una nueva sociedad y fraternidad en la cual ya no son rechazados mientras avanza su tratamiento.

4.- Como conclusión final y en atención a los logros obtenidos en el estudio de la personalidad del paciente alcohólico en el grupo Guanajuato y de los resultados favorables de la terapia de grupo y ocupacional, es de considerarse como funcional, el esquema propuesto por David Shacow, en grupos de pacientes alcohólicos y que consiste en el estudio del paciente en relación a cuatro esferas principalmente:

- a) Aspectos intelectuales de la personalidad.

- b) Aspectos afectivos y volitivos de la personalidad, que incluyan las relaciones consigo mismo y con sus semejantes.
- c) Ciertos aspectos del diagnóstico clínico.
- d) Ciertos aspectos de la disposición del paciente y métodos educativos.

VI.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alexander, Franz.- Psiquiatría Dinámica.- Ed. Paidos.- - 1962.
- 2.- Araujo Barreto, Antonio Pedro.- Responsabilidad Criminal dos ebrios e entorpecidos.- Ed. Campella.- 1959.
- 3.- Bela Szekely.- Los tests.- Ed. Kapeluz.- 1960.
- 4.- Cavanagh, John R. y McGoldrick, James B.- Psiquiatría - fundamental.- Ed. Luis Miracle, S.A.- Trad. Luis Lamo-- lla S.J.- 1963.
- 5.- Cook, A.B.- Etiology of Alcoholism, Psychiatry Digest, p. 21, Marzo, 1965.
- 6.- Diethelm.- Tratamiento en psiquiatría.- Ed. Paidos.-1961.
- 7.- Edwin, Bawrwncce y Leopold Bellak.- Projective Psychology. Ed. Grove Press, inc. New York, London.- 1959.
- 8.- Erikson, Erik H.- Infancia y Sociedad.- Ed. Hormé.- 1959.
- 9.- Fernández, F. Alfonso.- La personalidad del alcohólico.- Revista Clínica Española, Tomo LXXXVIII, 31 de Marzo de 1963.- No. 6.
- 10.- Ferrara Floreal.- Alcoholismo en América Latina.- Ed. Pa lestra, Buenos Aires.- 1961.
- 11.- Glatt, M.M.- The treatment of alcoholism.- J.Irish Med Ass 57 : 67-70. Sep. 65.
- 12.- Grinberg, Langer, Rodrigué.- Psicoterapia de grupo.- Pai dos, Buenos Aires.- 1961.
- 13.- Hagmaier y Gleason.- Orientaciones actuales sobre psico- logía pastoral.- Ed. Sal Terrae.- 1964.
- 14.- Hartocollis, Peter.- Some phenomenological aspects of -- the alcoholism condition, Psychiatry, No. 4, p. 345, - - 1964.

- 15.- López Ibor.- Lecciones de psicología.- Ed. Pax Montalvo, - Madrid. 1964.
- 16.- Madurga Mariano.- El test de Raven, Estudio experimental.- Ed. Instituto de San José de Calasanz.- 1958.
- 17.- Moynihan N.H. The tretment of alcoholism in general practice.- Practitioner, 195: 223. 7, Aug. 1965.
- 18.- Noyes.- Psiquiatría Clínica Moderna.- Ed. Prensa Médica -- Mexicana.- 1964.
- 19.- Raven.- Test de Matrices Progresivas.- Biblioteca de Psicometría.- Ed. Paidós.- 1961.
- 20.- Thomason, George.- La ciencia habla a la juventud sobre alcohol, tabaco, las drógas narcóticas y la marihuana.- Ed. Pacific Press Publishing Association.

VII.- APENDICE.

- a) Gráfica # 7.- Clasificación de los pacientes alcohólicos.
- b) Gráfica # 8.- Clasificación de los pacientes alcohólicos sintomáticos con complicaciones.
- c) Fotografías de algunos de los objetos de cerámica elaborados por pacientes de la Unidad.
- d) Diez dibujos de la figura humana correspondientes al test de Machover.

Alcohólico social

Bebedor en exceso

Alcohólico crónico sintomático

Alcohólico con complicaciones

Escala 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

TIPOS CLINICOS DE ALCOHOLICOS

Síndrome de Korsakoff

Delirium tremens

Alucinosis

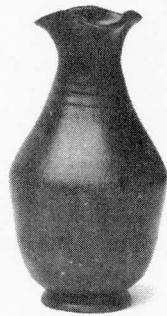
Deterioro cerebral

Cirrosis hepática

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

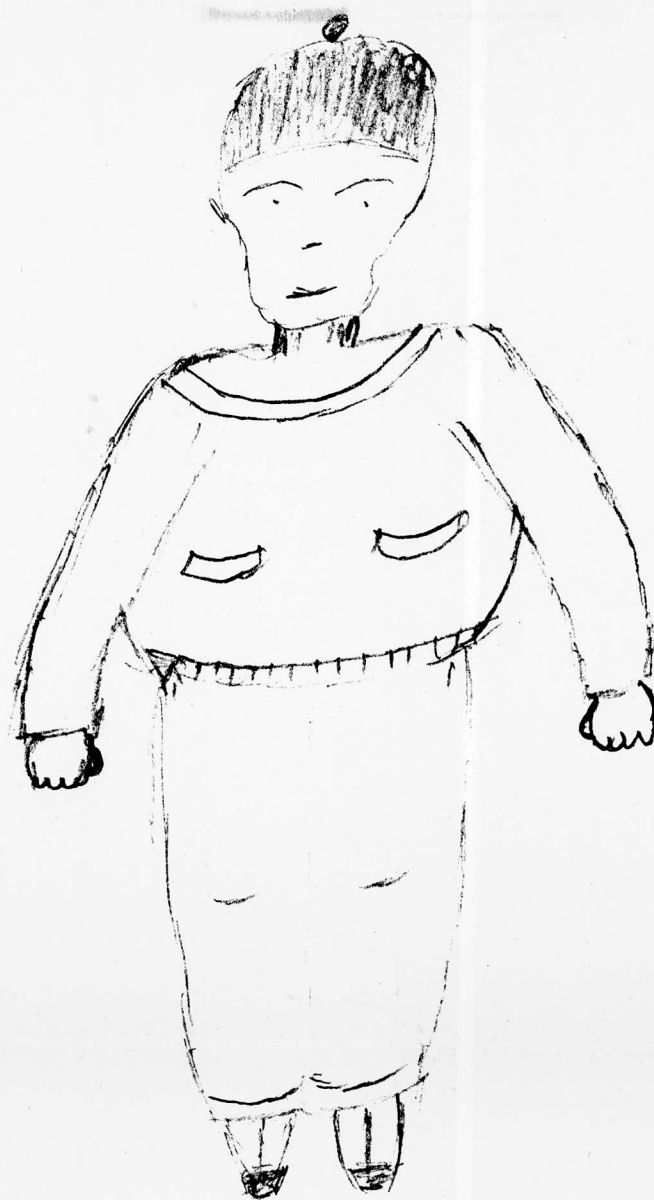
COMPLICACIONES ALCOHOLICAS







Edad: 38 años.
2da. figura.



Edad: 45 años.
1ra. figura.



Edad: 45 años.
2da. figura.

Hambre



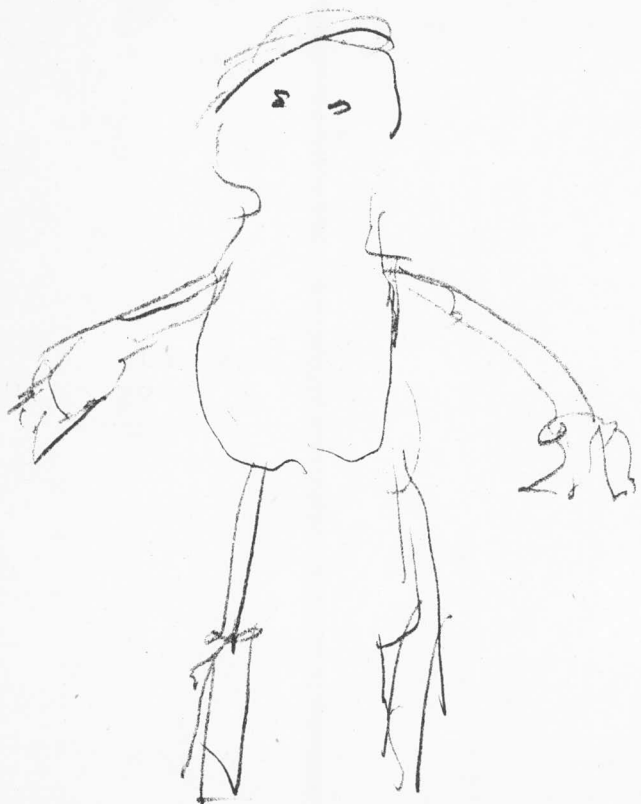
Edad: 41 años.
1ra. figura.



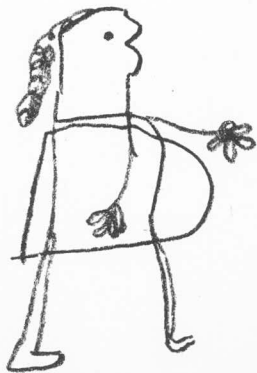
Edad: 35 años.
2da. figura.



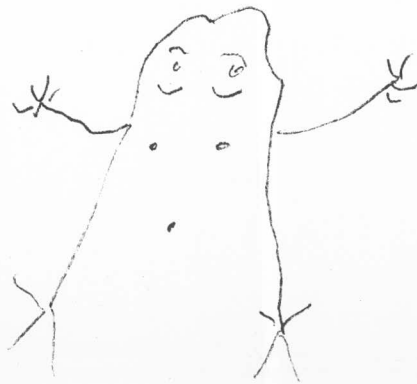
Edad: 28 años.
1ra. figura.



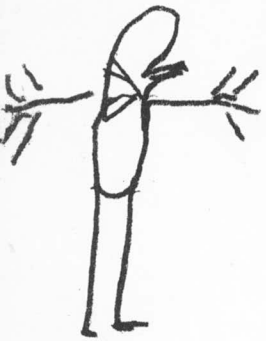
Edad: 49 años.
1ra. figura.



Edad: 34 años.
1ra. figura.



Edad: 33 años.
1ra. figura.



Edad: 50 años.
1ra. figura.