



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO 8

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
PLANTEL TLALPAN  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN LA  
PERCEPCION VISUAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
FLORES KING MARIA GUADALUPE  
MILLAN DE LA O ANDREA

CONDUCTOR: LIC. ARTURO ROSAS ESQUIVEL

MEXICO, D. F.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO PRIMERO: ANTECEDENTES.....	1
1.1 Historia del Alcoholismo.....	2
1.2 Investigaciones sobre Alcoholismo.....	10
CAPITULO SEGUNDO: ASPECTOS ANTROPOLOGICOS, SOCIO- CULTURALES, ECONOMICOS, BIOLOGI- COS, PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRI- COS DEL ALCOHOLISMO.....	22
2.1 Aspectos Antropológicos.....	23
2.2 Aspectos Socioculturales.....	28
2.3 Aspectos Económicos.....	36
2.4 Aspectos Biológicos.....	38
2.5 Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos.....	45
2.5.1 Intoxicación Patológica.....	48
2.5.2 Delirium Tremens.....	50
2.5.3 Psicosis de Korsakoff.....	53
2.5.4 Alucinosis Aguda.....	55
2.5.5 Paranoia Alcohólica.....	57
CAPITULO TERCERO: TEORIA DE LA GESTALT Y PERCEP- CION VISUAL.....	64
3.1 Antecedentes Históricos de la Teoría de la Ges- talt.....	65

3.2 El Concepto Gestalt.....	69
3.3 Principios de la Gestalt.....	72
3.4 Generalidades de la Percepción.....	82
3.5 Percepción Visual.....	86
3.5.1 El Ojo Humano.....	87
3.5.2 Características de la Percepción Visual..	90
3.6 Alteraciones de la Percepción Visual y Diferen- cias Individuales de la Percepción.....	93
3.6.1 Agnosias.....	93
3.6.2 Ilusiones.....	95
3.6.3 Alucinaciones.....	96
3.6.4 Pseudoalucinaciones.....	99
3.6.5 Diferencias Individuales de la Percepción	100
3.7 Percepción Visual y Alcoholismo.....	101
CAPITULO CUARTO: METODOLOGIA.....	107
4.1 Justificación.....	107
4.2 Problema.....	109
4.3 Objetivos General y Específicos.....	109
4.4 Hipótesis.....	110
4.5 Definición de Términos.....	111
4.6 Variables y Condiciones Experimentales.....	114
4.7 Método (Diseño de Investigación).....	116
4.8 Características de la Muestra.....	117
4.8.1 Características de los Sujetos.....	118
4.8.1.1 Edad.....	120



4.8.1.2 Estado Civil.....	121
4.8.1.3 Escolaridad.....	121
4.8.1.4 Edad y Consumo de Alcohol.....	124
4.9 Definición de Instrumentos.....	125
4.9.1 Definición de Personal.....	132
4.10 Procedimiento.....	132
4.11 Resultados.....	134
CAPITULO QUINTO: RESULTADOS.....	136
5.1 Piloteo.....	136
5.1.1 Test de Retención Visual y Muestras.....	137
5.2 Test de Retención Visual de Benton.....	145
5.2.1 Análisis de las figuras.....	147
5.3 Incidencia de Trastornos Visuales en la Mues- tra.....	159
5.3.1 Comparación entre Grupos.....	160
5.4 Patrón de Consumo de Alcohol.....	173
5.4.1 Tipo de Bebida.....	174
5.4.2 Cantidad de Bebida y Frecuencia de Con- sumo.....	175
CAPITULO SEXTO: CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	186
6.1 Incidencia de Trastornos Visuales en la Mues- tra.....	186
6.2 Preferencia de Bebida.....	190
6.3 Variables.....	192

6.3.1 Alcohol y Estado Civil.....	192
6.3.2 Alcohol y Escolaridad.....	193
6.3.3 Alcohol y Ocasiones para su Consumo....	194
6.4 Comentarios.....	195

#### BIBLIOGRAFIA

#### ANEXOS:

Anexo nº. 1 Definiciones

Anexo nº. 2 Definiciones

Anexo nº. 3 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(abstemios)

Anexo nº. 4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(bebedores sociales y alcohólicos ac-  
tivos)

Anexo nº. 5 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(alcohólicos pasivos)

Anexo nº. 6 Test de Retención Visual de Benton

6.3.1 Alcohol y Estado Civil.....	192
6.3.2 Alcohol y Escolaridad.....	193
6.3.3 Alcohol y Ocasiones para su Consumo....	194
6.4 Comentarios.....	195

## BIBLIOGRAFIA

### ANEXOS:

Anexo n°. 1 Definiciones

Anexo n°. 2 Definiciones

Anexo n°. 3 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(abstemios)

Anexo n°. 4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(bebedores sociales y alcohólicos ac-  
tivos)

Anexo n°. 5 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol  
(alcohólicos pasivos)

Anexo n°. 6 Test de Retención Visual de Benton

## INTRODUCCION

Desde tiempos inmemorables, el alcohol ha formado parte de la vida del hombre, no solamente como amigo ocasional, sino también como compañero nocivo y perjudicial para la salud tanto física como mental.

En la actualidad, en este mundo moderno donde los seres humanos que lo habitamos estamos rodeados de constantes cambios, tanto económicos como políticos y sociales, donde nos sentimos continuamente amenazados por una guerra fría, en donde estamos siempre a la expectativa de un alza de precios o de una baja de la moneda, parece ser que la búsqueda de sustancias que conllevan a una evasión se ha tornado más apremiante. ¿Evasión en cuanto a qué? En cuanto a nuestra realidad cotidiana, respecto a la falta de recursos económicos, en cuanto al ambiente tan agresivo en el que estamos viviendo, en cuanto a un sin fin de situaciones como los problemas familiares y los laborales que algunos de nosotros desgraciadamente no estamos capacitados a enfrentar conscientemente. Podemos deducir que el hombre tiene miedo de enfrentarse a la vida.

Así, el problema del uso y abuso de drogas se agrava notablemente, ya que éstas no se toman únicamente para sentirse bien, sino como una necesidad más apremiante del sujeto a

permanecer en un estado de inconsciencia, ya sea total o parcial, de la realidad que lo rodea.

Se sabe de antemano que existen diversas sustancias mediante las cuales cualquier persona puede lograr dicha evasión, sin embargo, únicamente nos avocamos al uso y abuso de una sola droga: el alcohol.

Como se mencionaba al principio, el alcohol puede provocar daños físicos como: lesiones leves por caídas, hematomas, daños en el sistema hemático, en el sistema hepático (cirrosis), en el sistema digestivo (gastritis, úlcera, anorexia, náuseas, desnutrición, etc.) y sobre todo daños tal vez irreversibles en el sistema nervioso (neuritis periférica, atrofia cerebral, muerte neuronal, etc.).

También se ha dicho que el alcohol provoca daños a nivel mental o psicológicos, tales como: depresiones y como consecuencia suicidios; alucinaciones, psicosis por intoxicación y por el uso prolongado de este producto, celos patológicos que pueden conducir al homicidio, demencia, etc.

A nivel familiar, el alcohol es causante de conflictos, principalmente desintegración familiar, divorcios, pérdidas en el ingreso económico; cabe la posibilidad de que algún miembro de la familia que no es el padre tiene que salir a

trabajar para mantener el hogar dado que los ingresos no son suficientes; cuando viene la desunión familiar, a veces los hijos no reciben la atención necesaria y por ello, sucede -- que comienzan a bajar su rendimiento escolar, otras veces abandonan los estudios y se dedican a la vagancia, al vandalismo y a la delincuencia. También puede suceder que se -- vuelvan alcohólicos, pues buscan un refugio a sus problemas.

El alcohol representa un serio problema en la comunidad porque los alcohólicos se vuelven seres improductivos que en ocasiones, por la falta de recursos económicos para proporcionarse la bebida llegan a robar y cuando la necesidad se -- vuelve más apremiante, llegan inclusive a matar por obtener dinero. Por otro lado, aunque algunos trabajen, por lo general faltan constantemente a su trabajo, lo cual también representa una pérdida económica a las empresas y a la nación. También muchas de estas personas trabajan solo eventualmente para obtener dinero con el fin de conseguir la bebida y luego dejan el trabajo o son despedidas, lo cual provoca pérdida tanto económica como de tiempo.

Estos son sólo algunos de los muchos problemas que acarrea consigo el uso inmoderado de las bebidas alcohólicas. -- Otro problema que ha sido poco estudiado es el de la relación existente entre el alcohol y la percepción visual.

En el presente trabajo vemos lo que se cree que fueron los inicios del contacto del hombre con el alcohol y su relación a través del tiempo. Se dan a conocer algunas investigaciones importantes realizadas que sirven como base para fundamentar el trabajo. Como el alcoholismo es un problema complejo, se estudia desde varios puntos de vista: el antropológico, sociocultural, económico, biológico, psicológico y psiquiátrico, en donde se da una pequeña explicación del alcoholismo según el psicoanálisis, dado que es una de las teorías bien fundamentadas que ha estudiado el tema.

Por otro lado, se aborda la Teoría de la Gestalt y sus principios, ya que ha estudiado mucho la percepción visual y ese es el tema principal de esta investigación. También se ve lo que es la percepción visual, sus alteraciones y la importancia de su relación con el alcoholismo.

Después del marco teórico se pasa al marco metodológico donde se plantea el problema, los objetivos, las hipótesis, la definición de términos, diseño de investigación, la población, los instrumentos, el personal y el procedimiento necesario para llegar al objetivo principal que es ver si existen diferencias perceptuales entre individuos alcohólicos en tratamiento de rehabilitación (pasivos), alcohólicos activos, bebedores sociales y abstemios.

Por último, está la obtención de los resultados, comentarios y conclusiones. Se ve la incidencia de trastornos visuales encontrados en la población y se establece una comparación entre los resultados de los diferentes grupos.

Esta investigación pretende ayudar a plantear soluciones a problemas sociales y a la prevención del alcoholismo; problemas económicos, porque al realizar la profilaxis pudiera disminuir el índice de alcoholismo y reducir así la tasa de accidentes, se perdería menos dinero y vidas humanas. Por otra parte, este estudio también puede ayudar a médicos, especialistas en salud mental y a instituciones dedicadas al problema del alcoholismo, como diagnóstico diferencial y al dar a conocer el deterioro que produce el uso prolongado del alcohol a nivel de percepción visual. De esta manera es posible incluir a la percepción visual como un factor más a tomar en consideración dentro de los programas preventivos, diagnósticos y rehabilitación de los alcohólicos.



## CAPITULO PRIMERO

### ANTECEDENTES

#### 1.1 HISTORIA DEL ALCOHOLISMO

#### 1.2 INVESTIGACIONES SOBRE ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol ha sido por siempre un problema - que ha crecido paralelamente al desarrollo e historia del - hombre a través del tiempo. Los problemas y consecuencias - de la ingestión de bebidas alcohólicas son muchos y muy va- riados, como los accidentes, y por otro lado, se ha usado - también para simbolizar a la felicidad en las celebraciones, pero es poco lo que se sabe de él. Se pretende dar un bos- quejo general sobre el alcohol, su fórmula, sus característi- cas y formas de obtención. Se ve la evolución acerca del - uso y abuso del alcohol a través de diferentes épocas y cul- turas, mencionando desde la época neolítica hasta este siglo, y los diversos usos que cada una de ellas le ha conferido. - Por otra parte, se ven investigaciones llevadas a cabo en Es- tados Unidos (esto es porque no se encontró ninguna hecha a- quí en México) sobre aspectos relacionados con la percepción visual y al alcoholismo que sirven para cimentar la investi- gación

## 1.1 HISTORIA DEL ALCOHOLISMO

No se sabe con exactitud cuándo fue que el hombre empezó a ingerir el alcohol, pero parece ser que en el año 7000 a.C. ya se usaba este producto vegetal. El hombre neolítico desarrolló la agricultura y con la existencia de granos el hombre descubrió la cerveza, que nació en Egipto, donde se le da crédito a Osiris por este descubrimiento ya que la cerveza era muy valorada por los egipcios, y que la elaboraban en gran escala en el Egipto predinástico. Gracias a los Celtas, la cerveza llega al conocimiento de los germanos en tiempos de Cristo (Rodríguez Román, Tesis UNAM, 1983).

En cuanto al vino, se cree que la vinicultura nació en Mesopotamia y Egipto en tiempos prehistóricos y en el período micénico entró en Grecia. La vid llegó a China hasta el año 128 a.C. Los chinos conocieron las bebidas alcohólicas hechas con arroz y mijo fermentados. Si bien los irlandeses reclaman para ellos el conocimiento inicial de la destilación, los árabes se consideran los inventores aún 200 años antes de aquellos. En la civilización griega Sócrates previno contra el vino, diciendo que su consumo produce hábito. Los romanos desaprobaban el beber en exceso, y entre los árabes está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas por el Corán (libro sagrado de los árabes) (Rodríguez Román, Op. Cit.).

Al igual que en el Corán, el Código de Hammurabi (conjunto de 288 leyes dictadas por Hammurabi, rey de Babilonia en el siglo XXI a.C.) habló de las restricciones del abuso del alcohol. En China durante la dinastía Shang-Ying se promulgaron decretos que prohibían el uso excesivo del alcohol. En Japón el poeta Hotomo aconseja hacia el año 800 a.C. evitar el abuso del alcohol (Rodríguez Román, Op. Cit.).

Por lo que se refiere a nuestra era, en el año 1 100, - en Rusia ya se aceptaba que la gente bebiera con moderación, pero el problema creció y el Zar Iván IV tomó el control de las tabernas. Hacia el año 1 600, en Europa el alcoholismo ya se consideraba un serio problema (Rodríguez Román, Op. - Cit.).

En lo que se refiere a México, la tradición de los mexicanos gira alrededor de una mujer llamada Mayahuel, la cual - por ser muy fecunda fue transformada en maguey y fue la primera persona que supo sacar el aguamiel. En el Valle de Tullancingo, los arqueólogos han encontrado raspadores de hierro para maguey que tienen una antigüedad de 25 a 28 siglos, hallazgo que demuestra que los preclásicos utilizaban el maguey desde 15 ó 19 siglos antes de los toltecas (Román Cellis, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

La importancia del Pulque (Ocotli) se ve sobre todo en -

el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez. El dios mexicana del vino era Ome - Tochtli, que significaba Dos Conejo, y en el calendario adivinatorio se asegura que todos los nacidos bajo ese signo se rían borrachos. Se dice que todas las culturas del altiplano consideraban el pulque como una bebida sagrada, solo permisible a los sacerdotes, a los guerreros y a los que iban a morir, también a los mayores de 50 años y a las parturientas, en tanto que el resto de la población podía consumirla una vez al año, pero sin llegar a la embriaguez, la cual era considerada entre los indígenas un delito muy grave y era arduamente castigado con azotes, destrucción de la casa del bebedor, no darle trabajo, etc. (Bernal Sahagún, 1983).

Como se puede ver, antes de la llegada de los españoles se respetaban las leyes que castigaban el exceso en la bebida, pero a raíz de que se consumó la conquista, dejaron de estar en vigor las leyes con las que se castigaba a los que bebían en exceso, y los indígenas dejaron de ver en el pulque la bebida de los valientes y los sabios, convirtiéndose en licor de los vencidos. La gente empezó a beber cada vez más, con el propósito de olvidarse de la forma de vida que llevaban, para soportar los trabajos inhumanos que tenían que realizar. Hubo una terrible alcoholización entre los indios y mestizos, puesto que los grupos dominantes encuentran que una población enviciada es más fácil de dominar, de con-

trolar y de someter (Bernal Sahagún, Op. Cit.).

Con la llegada de los españoles, se inició el cultivo de la uva y del olivo. La cerveza se comenzó a fabricar en 1534 en México. Como el alcoholismo creció demasiado en el país, en 1594, el rey Felipe II de España y Portugal prohibió la entrada de vino a México. En 1751 volvieron a tener vigor algunas de las leyes antialcohol que habían surgido anteriormente (Román Celis, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

También el tequila se conocía en la época de las culturas indígenas. Se dice que fue la tribu de los "tiquiles", quienes después de que habían aprendido a cocer el cogoyo del maguey y su proceso complementario elaboraron en Amatiatlán dicha bebida (Román Celis, Op. Cit.).

Se encontró en el transcurso de la historia de México - que Guadalupe Victoria, Valentín Gómez Farías, Porfirio Díaz, Pascual Ortiz Rubio, Manuel Avila Camacho y Adolfo López Mateos, promulgaron leyes que regulaban la venta y consumo de bebidas embriagantes (Román Celis, Op. Cit.).

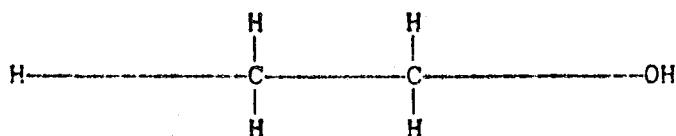
Como se puede ver, las bebidas alcohólicas han ocupado un lugar importante en la sociedad humana y aún permanecen en ella. Los males psicológicos, físicos y sociales a que da -

lugar al consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades (Velasco, 1982).

Después de haber hecho una revisión histórica del uso del alcohol, se pasa a hablar acerca del origen de la palabra alcohol, los diferentes tipos, métodos de obtención y su clasificación dentro de los fármacos.

El alcohol es una palabra proveniente del árabe, que significa "COSA SUTIL". El nombre se aplicaba al polvo finísimo de antimonio con que se pintaban ojeras las mujeres orientales (Diccionario Pequeño Larousse en Color, 1972).

Actualmente, la palabra alcohol se utiliza para designar a varias sustancias cuya molécula se compone de carbono, hidrógeno y uno ó más hidróxilos (OH); los alcoholes ligeros son líquidos miscibles con el agua, otros más espesos son aceites y los más densos son ceras. El más conocido es el alcohol etílico o etanol, cuya presencia en el vino observaron Aristóteles e Hipócrates, que lo llamaron "Espíritu". La Biblia lo menciona como zumo de uvas fermentadas al hablar de la embriaguez de Noé. Fue destilado por primera vez en el siglo XI y su fórmula es:  $C_2H_5OH$ .



Dentro de las características del alcohol etílico, encontramos que es un líquido incoloro, volátil, inflamable, - de sabor ardiente y olor grato, ingerido tiene efectos em- - briagantes y se encuentra en todas las bebidas fermentadas; se prepara por fermentación de azúcares y granos o sintética- mente del etileno y se usa en la fabricación de licores y co- mo disolvente en la elaboración de lacas, explosivos y celu- loide.

Otro tipo de alcohol, el metílico o metanol ( $\text{CH}_3\text{OH}$ ), - descubierto por Boyle en 1661, llamado también alcohol de ma- dera (se obtenía por destilación destructiva de la madera), es un líquido incoloro, volátil y altamente tóxico, que se - prepara sintéticamente de monóxido carbónico e hidrógeno y - se usa como combustible para cohetes, en la fabricación de - pólvora sin humo, etc. El alcohol quirúrgico, solución de - alcohol metílico con esencia de glauterio y aceite de ricino, se emplea como esterilizante en cirugía. Otros alcoholes - importantes son el propílico, el butílico y el amílico. Los alcoholes tienen muchísimas aplicaciones como vehículos y di- solventes en la medicina, la perfumería y la industria (Gran Diccionario Enciclopédico, 1979).

En este tema, el tipo de alcohol que interesa es el alcohol etílico, el cual se puede clasificar de acuerdo a su obtención de la siguiente forma:

1.- Bebidas Fermentadas: son las que se obtienen como bebida alcohólica resultante de la fermentación alcohólica del producto o sustancias que sirven de base para la fabricación de la mencionada bebida. Estas bebidas tienen un cierto valor nutritivo. La cerveza, por ejemplo, que proviene de la malta o cebada germinada contiene carbohidratos y proteínas, también ciertos minerales indispensables para el cuerpo humano como el fósforo, calcio, hierro, potasio y algunas vitaminas.

2.- Bebidas Destiladas: son aquellas que se obtienen por destilación de líquidos fermentados que se hayan elaborado a partir de productos vegetales en los que la totalidad o una parte de los azúcares fermentables provenientes de los hidratos de carbono que contengan, hayan sufrido como principal fermentación la alcohólica, siempre y cuando el destilado no haya sido rectificado de tal manera que quede privado de los productos formados durante la fermentación y destilación, y que son características de cada tipo de bebida durante la fermentación y destilación; se podrán añadir productos vegetales como aromatizantes, cuando la bebida a obtener así lo requiera. La destilación produce una mayor concentración



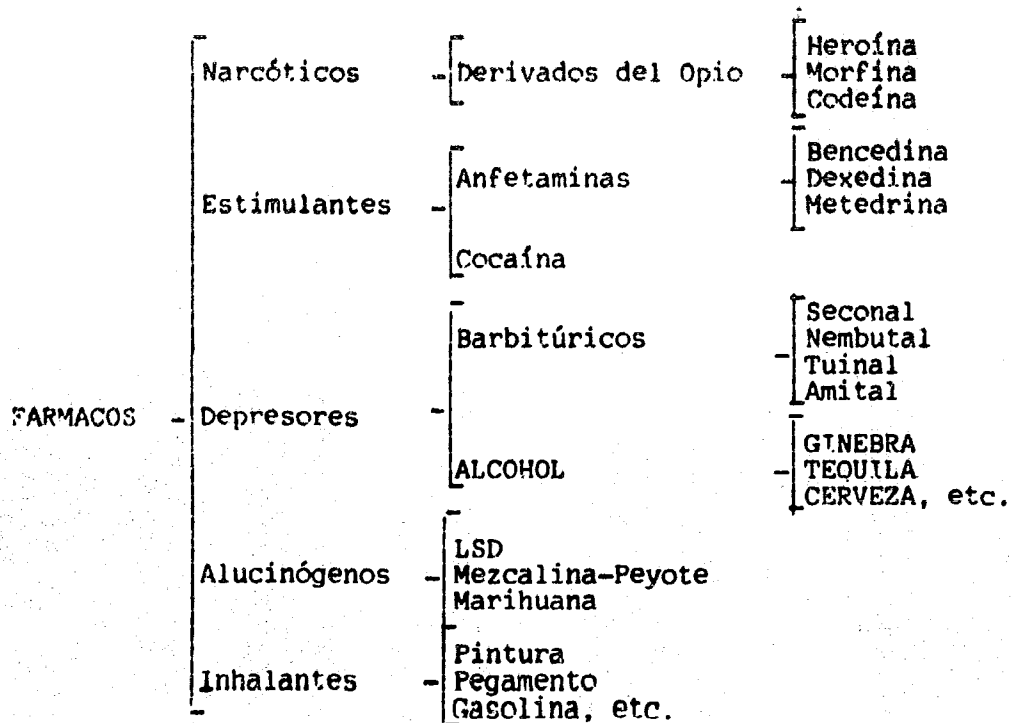
del alcohol, por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras muchas se llaman "bebidas destiladas".

3.- Licores: se les llama así a los productos elaborados a base de bebidas alcohólicas destiladas o mezcladas de espíritu neutro, alcohol etílico puro y agua, en ambos casos aromatizados (Velasco, 1985).

No importa el tipo de bebida que se ingiera, los efectos dependerán del grado de alcohol etílico que contenga y no del sabor, aroma u otras características.

De cualquier manera, el alcohol etílico es el menos dañino (de frutas). Le siguen en orden de menos a más el propílico (de granos), el butílico (de tallos y hojas de planta) y el metílico (de tallos leñosos).

Por otra parte, el alcohol se clasifica dentro de los fármacos en la siguiente manera:



(Cuadro tomado de Weinswig, 1981).

Así, una vez que se ha visto brevemente cómo el alcohol ha acompañado al hombre a través del desarrollo histórico de las sociedades, un resumen general de lo que es y su clasificación dentro de los fármacos más comunes, pasamos a revisar algunas investigaciones referentes al tema.

## 1.2 INVESTIGACIONES SOBRE ALCOHOLISMO

Las capacidades cognitivas abarcan diversos factores que aún siguen en proceso de investigación y entre las cuales se encuentran memoria, aprendizaje, síntesis, análisis, juicio,

razonamiento, abstracción; entre otras (Morales, 1982); y dentro de estos factores también se incluye a la percepción. Existen pocas investigaciones que se avoquen al estudio único de la percepción, y menos aún, de la relación percepción visual-alcoholismo. Se quiso cimentar esta investigación presentando estudios que se realizaron en Estados Unidos, ya que en México existen investigaciones sobre alcoholismo, pero no se encontró ninguna que se asemejara a este tema. Dichos estudios muestran algunos resultados obtenidos en relación a las funciones cognitivas, y que pueden dar una visión global de las investigaciones que se han hecho al respecto.

Se tiene por ejemplo a Silberstein (1978) quien realizó un estudio llamado "Mujer y Alcohol: Funcionamiento Cognoscitivo en Mujeres Alcohólicas y No Alcohólicas" en el cual se trató de investigar si existía un decremento en el funcionamiento cognoscitivo en mujeres alcohólicas. Los sujetos fueron 15 mujeres alcohólicas y 15 mujeres no alcohólicas. Las pruebas psicológicas que se aplicaron fueron en dos fases: - Fase 1.- Escala de Instituto Shipley-Hartford (SILS), que es una prueba breve de inteligencia verbal, las Matrices Progresivas de Raven y un juego de cuestionario de apoyo; Fase 2.- Incluía las 3 subpruebas verbales y 3 subpruebas de ejecución del WAIS, el Test de Categorías de Halstead, la Prueba de Sorteo de Cartas de Wisconsin y la Prueba de Dibujos por Memoria (MFD). Los resultados mostraron que no había diferencias sig

nificativas entre alcohólicas y no alcohólicas en ningún resultado del SLLS o del Raven; en el WAIS las alcohólicas dieron resultados más bajos que los controles en la escala WAIS total, C.I. Verbal, de Ejecución, en Símbolos y Dígitos y Diseño de Cubos. Se encontraron deficiencias relacionadas con el alcohol en la Prueba de Categorías de Halstead, pero no en la de Wisconsin. Parece ser que las alcohólicas están dañadas - en el aprendizaje de conceptos más difíciles en la Prueba de Halstead. En el MFD las alcohólicas se comportaron significativamente de manera más pobre que las no alcohólicas. Esto - indica que la memoria a corto plazo en una tarea visual no - verbal está relativamente dañada en alcohólicos, mientras que una tarea de memoria no verbal no lo está. Este estudio confirmó los resultados de algunas investigaciones previas (Mather y colaboradores, 1977 y Tarter, 1975) que hallaron deficiencias cognitivas en alcohólicos, pero tal vez la muestra usada no fue lo suficientemente grande para ser significativa (Silberstein, Judith A., en Alcohol Technical Reports, - 1978). De acuerdo a los resultados que arrojó esta investigación, se puede comprobar que hay ciertas áreas que son más - susceptibles de sufrir daño por el alcohol que otras, como - son las tareas visuales, las de ejecución y las que se refieren al uso de la memoria para dibujos, y dado que este estudio se refiere a aspectos visuales, se cree que es conveniente apoyarse en dicha investigación.

Un año más tarde, la misma autora, Silberstein (1979) - realizó otro experimento llamado "Mujeres Alcohólicas. Impactos del Alcoholismo en Habilidades del Pensamiento". El objetivo fue apreciar el funcionamiento cognoscitivo de mujeres alcohólicas, para saber si el alcoholismo produce diferentes déficits cualitativos o cuantitativos en hombres y mujeres. - Se hicieron 2 estudios para comparar y se utilizaron 25 mujeres no alcohólicas y 25 mujeres alcohólicas. En el primer estudio se aplicaron tareas para habilidades verbales: WAIS y el Test de Ejecución Tactil. En el bloque 2 se aplicaron tareas perceptomotoras: el Test de Bender-Gestalt, el Procedimiento de Interferencia de Canter y la Prueba de Dibujos por Memoria (MFD). El bloque 3 constó de medidas abstractas: Escala Abstracta de Shipley, Categoría de Errores Totales de Halstead, la Prueba de Distribución de Cartas de Wisconsin, las Matrices Progresivas de Raven, las medidas espaciales de WAIS y el Test de Seguimiento de Pistas. En el segundo estudio se aplicaron las mismas pruebas excepto el Wisconsin y la versión especial del Test de Ejecución Tactil. En ambos estudios los alcohólicos tuvieron menos puntuación que los controles en el bloque 3. En el primer estudio los alcohólicos tuvieron una ejecución más pobre que los controles en 5 de 8 medidas, mientras que en el segundo estudio los alcohólicos tuvieron menor puntuación en 7 de 8 medidas. Los resultados de los estudios 1 y 2 demostraron que las mujeres alcohólicas presentan déficits cognoscitivos que suceden en los mismos ti-

pos de habilidades que están dañadas en el hombre. Estos resultados no muestran diferencias de sexo en los efectos del alcohol. Las mujeres alcohólicas mostraron mayor dificultad en tareas abstractas y espaciales, especialmente en las que requieren velocidad (Silberstein, Judith A., en Alcohol Technical Reports, 1979). En este estudio llevado a cabo por la misma autora se encontró que sí existen diferencias entre los resultados de las mujeres alcohólicas y no alcohólicas, aunque en algunas áreas no fueron muy significativas dichas diferencias. Según parece, en este estudio se encontró que está más afectada el área que abarca las medidas abstractas. Aunque realmente esta investigación no se enfoca a la percepción únicamente, sí va involucrada junto con muchas otras funciones cognitivas y dentro del área dedicada a las tareas perceptomotoras se encontró que se aplicó el Test de Bender-Gestalt, que tiene cierta similitud con la prueba que se aplicó.

Continuando con las investigaciones, Jenkins y Parsons (1979) realizaron una investigación llamada "Deficiencias Cognoscitivas en Alcohólicos Varones según la Medición por la Prueba de Distribución de Cartas de Wisconsin Modificada (WCST)". Esta investigación constó de 2 experimentos: el propósito del primero fue comparar la conducta de sujetos alcohólicos en el WCST Modificado, con la conducta de pacientes con daño cerebral frontal y no frontal y con sujetos de control usados en el estudio de Nelson (1976). El WCST Modificado -

por Nelson no es tan sensible como el WCST original a las deficiencias típicas observadas en pacientes alcohólicos. En un segundo estudio (1979), la sensibilidad del WCST de Nelson fue aumentada introduciendo algunos cambios de procedimientos adicionales a esta técnica. Experimento N°. 1.- Se utilizaron 30 pacientes varones. Antes de la prueba completaron la Escala de Shipley-Hartford. El WCST fue administrado individualmente a todos los pacientes alcohólicos usando materiales y procedimientos de Nelson. Los resultados indican que los alcohólicos hacen significativamente menos errores que los sujetos con daño cerebral frontal, pero no difieren de los pacientes con daño cerebral no frontal o los controles. Experimento n°. 2.- Se usaron 30 varones alcohólicos y 30 varones saludables no alcohólicos como control. Se administró el WCST individualmente a todos los sujetos. Los pacientes alcohólicos completaron menos categorías de las que completaron los sujetos control. Los alcohólicos hicieron más errores totales que los controles. Los alcohólicos con menos categorías tenían más errores que los controles. El patrón de deficiencia es similar al de los pacientes con daño cerebral frontal. Estos resultados sugieren que el foco de los daños del comportamiento observado en alcohólicos crónicos puede ser asociado con la calidad de funcionamiento de la corteza frontal y sus conexiones diencefálicas. Se concluyó que el uso crónico del alcohol conduce a daños en la conducta similares a los observados después de heridas frontales cerebrales. Sin

embargo, las deficiencias pueden ser no tan severas y pueden sobrellevarse más fácilmente que en pacientes con daño frontal (Jenkins y Parsons, en Alcohol Technical Reports, 1979). La investigación realizada por Jenkins y Parsons no da como muy confiable el resultado del primer experimento, por lo que centrándose en el segundo, se encontraron deficiencias en los resultados de los sujetos alcohólicos, de tal manera que se concluyó que el alcohol produce daños semejantes a las heridas frontales cerebrales. De esta manera, se pudo comprobar que el alcohol sí produce daños a nivel cerebral, que pueden alterar las funciones cognitivas, dentro de las cuales se encuentra la percepción visual.

Los autores anteriores, Parsons y Jenkins, y sumándose a ellos los esfuerzos de Leber, realizaron en 1979 un estudio llamado "La Recuperación de las Capacidades de Pensar y Resolver Problemas en Alcohólicos Abstinentes". El propósito del estudio fue determinar si los déficits neuropsicológicos específicos encontrados en alcohólicos son permanentes, o si la persona que se abstiene durante un período largo de tiempo puede esperar recuperar el funcionamiento "normal" psicológico. Una batería de pruebas neuropsicológicas fue dada a grupos de pacientes alcohólicos separados pero comparables a 3 a 11 semanas de desintoxicación y a un grupo de controles normales. Se midieron 4 áreas de capacidades cognoscitivas y perceptomotoras. La capacidad verbal fue medida por la Escala -



de Vocabulario de Shipley-Hartford (SILS) y la prueba derivada de comprensión del WAIS. Las medidas de abstracción y razonamiento incluyeron las Matrices Progresivas de Raven, la Prueba de diseño de bloques de WAIS, la Prueba de abstracción de SILS y la Prueba de Distribución de Cartas de Wisconsin. Para examinar aprendizaje y memoria usaron la de Dibujos por Memoria (MFD), la Prueba de Retención de dígitos del WAIS y la tarea de aprendizaje de pares verbales y pares espaciales visuales de Stark. Finalmente, para medir el funcionamiento perceptomotor se administraron 6 pruebas de la batería neuropsicológica receptible de Rennik.

Diferencias significativas fueron encontradas en abstracción, aprendizaje y memoria, y percepción motriz, pero no en las mediciones de la inteligencia verbal. Hay solamente 2 diferencias significativas entre los grupos alcohólicos, la primera es en las Matrices Progresivas de Raven: el grupo de 3 semanas es notablemente más bajo en puntuación que el grupo de 11 semanas. La segunda diferencia significativa es en el Dibujo por Memoria: otra vez el grupo de 3 semanas es notablemente más bajo que el de 11 semanas. Para las mediciones de abstracción, aprendizaje y memoria, y la batería de Rennik, los dos grupos alcohólicos difirieron de los controles. Los hallazgos actuales son consistentes con reportes previos que indican que un deterioro significativo en el funcionamiento intelectual puede persistir hasta 2 meses o más de haber deja

do de tomar. Estos reportes sugieren que el camino a la recuperación de hecho es largo. En resumen, después de casi 3 meses de abstinencia, los alcohólicos manifiestan patrones de déficits neuropsicológicos que sugieren capacidades adaptativas deterioradas (Parsons, Leber y Jenkins, en Alcohol Technical Reports, 1979). Esta investigación concluye que las funciones cognitivas resultan deterioradas por el abuso del alcohol. En lo que se refiere a tareas perceptomotoras se encontró que los alcohólicos tienen resultados más bajos que los no alcohólicos, por lo que se puede concluir que el área de la percepción está dañada, y por lo tanto, ese estudio apoya el presente trabajo.

Estos mismos autores, en 1980 hicieron un segundo estudio titulado "Recuperación del Aprendizaje Visual-Espacial y Memoria en Alcohólicos Crónicos" y tenía como propósito investigar si las funciones del hemisferio cerebral derecho son sensitivas al abuso crónico del alcohol. Se utilizaron 3 grupos: uno de alcohólicos con 3 semanas de abstinencia; otro de alcohólicos con 11 semanas de abstinencia; y un último grupo con no alcohólicos. Los sujetos realizaron la Prueba de Memoria de Stark. Los resultados mostraron lo siguiente: a) parte visual-espacial: los alcohólicos con 3 semanas de abstinencia hicieron el mayor número de errores, los de 11 semanas de abstinencia hicieron menos errores y los no alcohólicos hicieron aún menos errores. b) parte verbal: no hubo diferencias

significativas entre los 3 grupos. El nivel de ejecución de los 3 grupos fue el mismo. La comparación de los controles con los de 3 semanas de abstinencia indicó que la memoria visual-espacial está deteriorada en alcohólicos crónicos, por lo menos en las primeras semanas de desintoxicación, y el daño de alcohólicos de 11 semanas de abstinencia es menor que en el grupo de 3 semanas en todas las medidas. El grupo de 11 semanas funciona casi al nivel normal de los controles. Estos datos son consistentes en que son primariamente las funciones del hemisferio cerebral derecho las sensitivas al abuso crónico del alcohol. El estudio encontró que la memoria visual-espacial está dañada en alcohólicos por lo menos durante 3 semanas de abstinencia y sugiere que estas habilidades no están completamente recuperadas después de 11 semanas de abstinencia (Leber, Jenkins y Parsons, en *Journal of Clinical Psychology*, 1981). Los resultados muestran las tareas visoespaciales que quedan afectadas por el abuso del alcohol y que esta sustancia daña primero a las funciones del hemisferio cerebral derecho. Estos resultados junto con la investigación anterior apoyan el presente trabajo.

Parker, Parker, Brody y Schoenberg (1982) publicaron un estudio llamado "Patrones Cognoscitivos que se asemejan a Envejecimiento Prematuro en Bebedores Sociales Masculinos". El propósito de este estudio fue examinar el deterioro relacionado con la edad en el funcionamiento de abstracción en dos - -

muestreos diferentes de hombres empleados y se comparó este patrón con deterioros de abstracción asociados con el uso del alcohol. Los dos estudios emplearon la Escala del Instituto Shipley-Hartford (SILS). Los estudios basados en la comunidad reportados aquí, indican que edad avanzada y aumentos en la cantidad de alcohol típicamente consumida en un tiempo dado son asociados independientemente con un funcionamiento disminuido de abstracción.

Las contribuciones independientes de edad y uso de alcohol apoyan la noción del peligro doble de siendo viejo y tomando mucho constituye un riesgo más grande en el individuo para pérdida en abstracción que uno de los factores en sí. La ingestión de grandes cantidades de alcohol en una ocasión típica de tomar es asociada con gente que desempeña en la parte de abstracción del SILS como si fueran más grandes que su edad cronológica real. En este sentido, ciertos patrones en el uso de alcohol son asociados con patrones cognoscitivos. Se sugiere que la eficacia cognoscitiva podría mejorar en gente que reduce la dosis de alcohol que consume típicamente a la vez (Parker, Parker, Brody y Schoenberg, en *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 1982). Este estudio pretende mostrar que hay cierta semejanza entre el deterioro mental producido por la edad y el producido por el alcohol. Con esto se confirma que el alcohol es nocivo para las funciones cognoscitivas y, por lo tanto, puede afectar también a la percep

ción visual.

Como se puede observar en los estudios presentados anteriormente, aunque existen diferencias entre ellos en cuanto a las funciones cognoscitivas estudiadas, todos llegan a la conclusión de que el uso frecuente del alcohol tiene relación - con el deterioro en diversos patrones cognoscitivos. Por lo tanto, siendo la percepción visual también una función cognoscitiva, es de pensarse que consecuentemente se hallará afectada.

Una vez revisados los aspectos históricos del alcoholismo y habiendo presentado investigaciones referentes al tema, es conveniente adentrarse en los diferentes aspectos que involucra al alcoholismo como son: el antropológico, el sociocultural, el económico, entre otros.

CAPITULO SEGUNDO  
ASPECTOS ANTROPOLOGICOS, SOCIOCULTURALES,  
ECONOMICOS, BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y  
PSIQUIATRICOS.

- 2.1 ASPECTOS ANTROPOLOGICOS
- 2.2 ASPECTOS SOCIOCULTURALES
- 2.3 ASPECTOS ECONOMICOS
- 2.4 ASPECTOS BIOLOGICOS
- 2.5 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS

El alcoholismo es un problema en el cual se entrelazan -- múltiples factores que es necesario tomar en cuenta y analizar. No se puede estudiar al alcoholismo desde un solo punto de vista, ya que hacer eso sería como mutilarlo y no se comprendería completamente. Es necesario investigar varios factores que lo rodean para complementar su estudio y tener una mejor comprensión del problema. Se presentan los factores -- que a nuestro criterio son los más relevantes, y son los siguientes: a) antropológicos: aspectos del hombre bajo el estímulo del alcohol y dentro de su marco cultural; b) socioculturales: se tocan los aspectos relacionados con la familia, la organización social, con la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, así como características de los grupos sociales con menor número de alcohólicos; c) económicos: se da una pequeña visión del aspecto consumista; d) biológicos: los efec

tos dañinos que produce el alcohol sobre el cuerpo humano; y e) aspectos psicológicos y psiquiátricos: se mencionan ciertas pautas referentes a la personalidad alcohólica, los diferentes cuadros psiquiátricos producidos por el abuso del alcohol y generalidades del alcoholismo desde el punto de vista - psicoanalítico.

## 2.1 ASPECTOS ANTROPOLOGICOS

El consumo de alcohol es un tema que ha despertado el interés de los antropólogos. La antropología es una disciplina científica cuyo centro de interés es la interrelación entre - los factores biológicos y los sociales que son el fundamento de la actividad humana (Román Celis, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

El alcohol es un producto que ha sido utilizado por el - hombre desde hace milenios, tiene efectos farmacológicos claros, pero el más importante es aminorar las funciones del Sistema Nervioso y alterar la conducta. Es en este sentido, que al antropólogo le interesa el estudio del alcohol. Representa la oportunidad de estudiar al hombre bajo el estímulo de - un producto que altera su biología y por lo tanto, su comportamiento, pero dentro del marco de su cultura (Berruecos Villalobos, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, - 1983).

Así, se puede hacer un análisis de la interrelación entre la biología y la cultura y de esta manera se puede ver los diferentes comportamientos de las comunidades ante un mismo estímulo.

En forma particular, la antropología ha estudiado y analizado el fenómeno del alcoholismo de diversas maneras: según Murdock, por ejemplo, en su guía para la clasificación de datos culturales incluye: clases de bebidas alcohólicas usadas (cerveza, vino, licores); técnicas de preparación (fermentar, destilar); aparatos (alambique); consumo (consumidores, cantidades, ocasiones); deseo de bebidas alcohólicas; embriaguez y conducta de los embriagados; creencias y prácticas sociales; control social y legal.

Otro ángulo de interés desarrollado por la antropología médica respecto al alcoholismo, se refiere al análisis de los trasfondos culturales que tiene la bebida en relación con la salud y la enfermedad, más aún, se ve de qué manera afecta a los bebedores colateralmente dejando estigma hereditario o en sus hábitos nutricionales. Al hablar de trasfondos culturales se puede pensar en los famosos "curanderos" que las personas piensan que realmente tienen poderes y que utilizan el alcohol como ofrenda a santos y deidades, además de que muchas veces beben o hacen beber al enfermo.



De esta manera y con los antecedentes de nuestra cultura, se encuentra que el alcoholismo es uno de esos temas difíciles de investigar, ya sea por el señalamiento social que algunos grupos le confieren al alcohólico y a su núcleo familiar, o por la falta de precisión o estandarización en su definición, incluso por los sentimientos ambiguos que se pueden tener sobre el uso y los efectos del alcohol.

Se sabe que en muchas sociedades el alcohol es valorado como: un alimento nutritivo, facilitador de la digestión, protector contra el frío y relajador de la fatiga y la tensión; como tranquilizante y depresor del Sistema Nervioso; como medicina para aliviar el dolor, y para tratar enfermedades específicas (como el insomnio). También se piensa que el alcohol ayuda a disminuir el aislamiento y la distancia social, fortaleciendo los nexos grupales (función integradora) ya que se ha utilizado para propiciar diversos ritos simbólicos como nacimientos, bautizos, bodas, graduaciones, cerrar un negocio, comuniones con las deidades, etc. (Berruecos Villalobos, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

Así, estas situaciones de "celebración" son buenos pretextos sobre todo para los mexicanos para reunirse y consumir bebidas alcohólicas de una manera "lícita" ya que según la gente hay motivos que justifiquen dicha ingestión.

Dicho lo anterior, se puede uno percatar de que si bien el consumo de bebidas alcohólicas es producto de muchos años, y se origina en una fecha incierta cuando el hombre aprende a fermentar algunos frutos y posteriormente a destilar otros productos, se observa que la ingestión de alcohol se deriva de una conducta socialmente aprendida en donde cada grupo establece sus normas, valores, creencias, límites y sanciones a las transgresiones establecidas por el propio grupo. Por ello, cada sociedad tiene sus formas peculiares de beber, sus bebidas típicas, sus lugares establecidos e inclusive las pasiones y los límites que marcan lo que socialmente es aceptado en cuanto al consumo. Y a pesar de los efectos negativos que produce el abuso del alcohol, las diversas sociedades siguen haciendo uso de él y ésto significa que debe cumplir alguna función importante, aunque la mayoría de las veces no la vemos con claridad.

La función mencionada anteriormente ha sido descrita por los antropólogos, quienes afirman que el alcohol favorece la tendencia gregaria a pertenecer a un grupo por razones psicológicas y esa pertenencia se realiza con estatus y roles determinados, es decir, posiciones y objetivos específicos con base en diversas categorías sociodemográficas tales como: edad, sexo, nivel de educación y socioeconómico, etc. Todo grupo, por otra parte, desarrolla diversas normas que regulen el comportamiento e integración de sus miembros a fin de ase-

gurar la pertenencia y permanencia del conjunto. Así, el alcohol tiende a disminuir las diversas barreras existentes entre los seres humanos, favoreciendo su integración y aproximación, además de las funciones que cumple al reducir la ansiedad (Berruecos Villalobos, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

Para terminar, se dice que el antropólogo social estudia la cultura de un grupo, si por otra parte el consumo del alcohol tiene una fase de gestación provocada entre otras cosas - por la interacción de diversos factores causales o desencadenantes, tales como los sociales, económicos, políticos, morales y religiosos, los físicos y otros, y además tiene un curso de desarrollo y evolución que culmina con estados de patología que es cuando intervienen los especialistas de la salud. Es obvio que el estudio de este complejo fenómeno multicausal debe ser abordado en forma interdisciplinaria, es decir, con diversos enfoques y teorías que expliquen quién bebe, por qué bebe, en qué circunstancias, debido a qué factores y qué repercusiones implica esta ingestión exagerada (Berruecos Villalobos, Op. Cit.).

Algo que hay que remarcar y nunca olvidar es que la antropología por sí sola no puede explicar este problema. La teoría antropológica algo tiene que aportar en el intento de explicar el fenómeno en términos de que si bien cohesiona a -

los miembros del grupo que ingieren alcohol socialmente, esta ingestión, cuando es excesiva, es motivo de ruptura social. - Los problemas de la ingestión que aparecen dentro de un contexto social no deben verse nunca como síntomas privados del bebedor, sino como reflejo de la estructura social en la que éste vive.

Como se puede observar, el problema del consumo excesivo de bebidas alcohólicas en nuestro país tiene un aspecto antropológico muy importante que es necesario tomar en cuenta al - hablar del tema, para así conocer y conocernos mejor en cuanto a nuestra relación como seres biológicos y entes culturales que tienen una herencia antropológica muy importante y rica.

## 2.2 ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Se sabe que en todas las sociedades se dispone de algunas sustancias psicotrópicas, pero la más difundida es el alcohol, ya que el hombre la utiliza como canalizador de las - tensiones y también para la interacción social. Se puede decir que la sociedad condiciona el uso de las drogas, creando la tensión y permitiendo su consumo para aliviarla; es por és to que interesa estudiar al alcoholismo desde un punto de vista sociocultural, dado que el problema tiene sus raíces dentro de una sociedad.

Por lo que se refiere al consumo de alcohol como problema, nos interesa recalcar que lejos de ser una constante de diversos tipos de sociedades, los estudios realizados mencionan una tradición del consumo moderado al consumo problemático. De manera muy esquemática, puede considerarse que en una primera etapa los hábitos tradicionales de consumo, enmarcados en los patrones culturales que lograban un control social relativamente consistente, mantenían el uso del alcohol en niveles bajos, poco significativos de transgresión. A su vez, el consumo problemático es atribuido al desarrollo de la industrialización y el comercio internacional que entre otros efectos tuvieron el de debilitar las restricciones implantadas por las costumbres tradicionales (Velasco Muñoz-Ledo, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

Como se ve, el desarrollo de la civilización ha venido destruyendo costumbres y tradiciones que limitaban en alguna forma el uso excesivo de las bebidas embriagantes, de tal manera que esa destrucción ha provocado un problema social.

Se resumen a continuación algunos de los factores de orden social y cultural que se encuentran relacionados con el consumo de alcohol:

a) Aspectos relacionados con la familia: se considera a la familia como elemento primordial entre los factores socia-

les y culturales que intervienen en el desarrollo del alcoholismo. Los enfoques empleados en su estudio difieren considerablemente y se relacionan con distintos aspectos que van desde la presencia de un alcohólico de un grupo hasta factores vinculados con la situación de pobreza y hacinamiento.

Existen aspectos importantes que hay que tomar en cuenta en el desarrollo del alcoholismo: se tienen por ejemplo, la desintegración familiar, el divorcio, los ingresos, el hacinamiento, la pobreza, la desorientación y otros que son empleados como instrumentos útiles en la explicación del alcoholismo, y pueden ser enfocados todos ellos desde el punto de vista de formación de la personalidad.

Basándose en lo anterior, se puede inferir que en el caso de la desintegración familiar y el divorcio, un individuo que no recibe el cariño y la atención que necesita por parte de los padres o que los ve peleando constantemente, posiblemente querrá refugiarse u olvidarse de los problemas y qué mejor forma que con el alcohol que es fácil de conseguir y tiene efectos tranquilizantes. En el aspecto de los ingresos, un sujeto que tiene problemas económicos y deudas que no puede pagar, es un sujeto que se va llenando de tensiones, por lo que es fácil que caiga en el consumo inmoderado de bebidas embriagantes. La pobreza y el hacinamiento pueden inducir a un individuo a querer escapar de una realidad incómoda y dolorosa.

sa y entregarse a la bebida.

Hay que señalar que al ser la familia el primer elemento con que el individuo debe enfrentarse, del que toma los primeros elementos del aprendizaje, los valores, normas, costumbres, tradiciones y en general todos los aspectos del llamado proceso de "socialización", los miembros de este núcleo desempeñan un factor primordial. Todas las experiencias individuales que provengan de la familia o del exterior constituyen el proceso experimental del desarrollo de la personalidad; si las experiencias son negativas, contribuyen a crear desorientación e insatisfacción y por lo tanto, a la búsqueda de satisfactores como el alcohol y otros fármacos (Velasco Muñoz-Ledo, Op. Cit.).

b) Aspectos relacionados con al organización social: Se ha sugerido que el alcoholismo puede ser considerado como un comportamiento alternativo, que responde a la frustración permanente producida por el estado constante de desorganización social. Así, los rápidos cambios, la creciente industrialización, el individualismo exaltado junto a la interdependencia funcional, la competencia intensa, constituyen elementos que producen tensión en el individuo, misma que lo conduce a reducir la tensión mediante la ingestión de fármacos como el alcohol.

Se ha dicho que en función del estatus, existen una se-

rie de funciones que un sujeto debe desarrollar y un conjunto de tareas que debe de llevar a cabo; cuando éstas entran en contradicción con la personalidad del individuo y/o sus principios morales, se produce un estado de frustración y/o ansiedad que puede conducir a la búsqueda de satisfactores (Velasco Muñoz-Ledo, Op. Cit.).

Se piensa que en cada grupo social existen normas y limitaciones en cuanto a lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas; en cada comunidad adquieren diferente significado y da como resultado diferentes patrones de consumo. Es por esto que el alcoholismo es un problema social y difiere en cada sociedad en que se pretenda investigar.

c) Aspectos relacionados con la disponibilidad de bebidas alcohólicas: se ha atribuido a la propaganda el carácter de "variable causal" del alcoholismo, aunque falta mucho por investigar puede decirse que la propaganda desempeña un papel de "reforzador" de la conducta y modifica patrones de consumo, al mismo tiempo que contribuye a crear una idea errónea de la realidad y de los atributos de estas sustancias.

Por ejemplo, es común observar en muchos anuncios bebidas alcohólicas que se asocian al prestigio, al compañerismo, éxito y felicidad en general. Pretenden hacer creer al consumidor que si ingieren tal o cual bebida, pueden alcanzar un -



mayor nivel de vida y bienestar. La mayor disponibilidad del alcohol, el debilitamiento de las restricciones para consumir lo, la incorporación al mercado nacional de marcas comerciales nuevas, etc., son elementos que guardan cierta relación con los niveles de alcoholismo de una población.

Por otra parte, mucho puede decirse respecto a los efectos negativos del consumo excesivo de las bebidas alcohólicas. Los efectos que son más fácilmente apreciables son los que se relacionan con la vida de la comunidad: violencia, daños a la propiedad, accidentes, ausentismo laboral, pérdidas en la producción, etc. Así, prácticamente no existe esfera de la vida social que no se vea afectada por la ingestión inmoderada de alcohol (Velasco Muñoz-Ledo, Op. Cit.).

Enfocándose a otro aspecto del alcoholismo como problema sociocultural, se tiene que los grupos sociales con menor número de alcohólicos presentan las siguientes características según la clasificación del doctor Rafael Velasco:

- a) los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas;
- b) generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos;
- c) las bebidas se consideran principalmente como alimen-

tos, y se consumen generalmente con las comidas;

d) los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas;

e) no se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo; así, el ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso, ni -- prueba de que el bebedor sea más viril;

f) la abstinencia es una actitud socialmente aceptable;

g) en cambio, no es socialmente aceptable el exceso de -- beber que conduce a la intoxicación.

h) finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que pueden llamarse las "reglas del juego de beber" (Velasco, 1985).

Por lo que se refiere a las teorías que intentan explicar al alcoholismo desde un punto de vista sociológico, se -- tiene en primer lugar la del doctor Bales (Bales, 1946 en Velasco, 1985), quien supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actividad hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como reductor de tales tensiones es una sociedad que -- tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifican de acuerdo a este autor en: a) abstinencia; b) uso ritual en ceremonias religiosas; c) uso social en condiciones de convivencia; d) uso utilitario en el cual la razón para

beber es individual. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la patogenia del alcoholismo (SIC).

Otra teoría interesante de carácter subcultural, es la que propone que hay individuos que se sienten alienados de su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos. Este estado psicológico especial, que ha recibido el nombre de "anomia" facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas, y en general a usar drogas que causen dependencia. La anomia se define como el resultado de una ruptura sociocultural, debida a un desfase y a una tensión excesiva entre las metas propuestas y los medios legítimos que pueden usarse. Los valores culturales de alguna manera suscitan conductas que van en su contra y esta desarticulación de la cultura y la sociedad, conducen a una disolución de las normas. El concepto de anomia es importante como explicación de muchas conductas desviadas y no solo como factor influyente en ciertas formas de alcoholismo. En fin, esta explicación podría aplicarse al menos a un cierto número de individuos pertenecientes a un cierto tipo de sociedad (Velasco, 1985).

Se han visto las relaciones del consumo excesivo con diferentes aspectos de la organización social y familiar, pero al no existir una única teoría que sustente esas relaciones, no puede llegarse a una definición que explique la naturaleza

social del alcoholismo.

### 2.3 ASPECTOS ECONOMICOS

Enfocándose a otro aspecto, los niveles y estructuras de la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas en México crecen en función del esquema consumista. Por la manipulación publicitaria de la demanda se promueve el consumo de bebidas con alto y bajo contenido de alcohol, y por el embrutecimiento masivo de grupos sociales importantes se mediatiza la capacidad crítica del modelo de producción y distribución imperante.

La industria de bebidas alcohólicas constituye un sector de suma importancia para la economía mexicana. En conjunto, la producción aumentó significativamente entre 1970 y 1980, con la consiguiente creación de empleos directos e indirectos: la industria contribuye a la expansión de otras ramas y actividades primarias, secundarias y de servicios tales como la producción de caña y vid, producción de envases y el establecimiento para su distribución al mayoreo y menudeo; al mismo tiempo, una fuente importante de ingresos fiscales derivados de la producción, el trabajo, el capital y el consumo (Bernal Sahagún, 1983).

Hay que referirse ahora a los porcentajes de producción

en México. En el esquema de producción de bebidas alcohólicas destacan fundamentalmente dos productos: la cerveza y vinos y licores. Para 1980 la cerveza absorbió el 58%, le siguió la producción de vinos y licores con el 32.4% y mucho más abajo la fabricación de aguardiente de agave y pulque cuyos porcentajes fueron 6.2% y 3.4% respectivamente. Para 1975 las empresas que dominaban el grueso de la actividad apenas representaban el 3.2% de las empresas y ocupaban el 78% del personal, casi un 12% mayor con respecto a 1970. En relación con la concentración del valor de la producción en 1975 esas empresas generaban el 91% de tal valor, mientras que en 1970 el 2.4% de las empresas producía el 85%. Las empresas que ejercen mayor influencia en la sociedad mexicana son la cervecera y en menor medida la tequilera, la ronera y los productores de vinos y brandies (Bernal Sahagún, Op. Cit.).

También la publicidad juega un papel muy importante dentro del aspecto económico. Las empresas transnacionales traen consigo agencias publicitarias del mismo origen. De las 21 agencias publicitarias responsables de la publicidad de bebidas alcohólicas en México en 1975, 11 eran de capital extranjero (Bernal Sahagún, Op. Cit.).

Pasando a hablar sobre los factores negativos del alcoholismo éstos se identifican como costos sociales, económicos y políticos y violencia física. Entre los primeros destacan

la población económica incapacitada por el alcohol, pérdidas económicas por ausentismo, gasto público destinado a la rehabilitación, gasto por daño a la propiedad, pérdida de ingresos por unidad familiar, endeudamiento o desequilibrio económico familiar, pérdida de autoridad, presión sobre organismos públicos, etc., y en cuanto a la violencia física sobresalen suicidios, mortalidad, accidentes de trabajo, homicidios, accidentes viales y riñas (Olivares Sosa, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

En el aspecto económico, el alcoholismo produce dos efectos contrarios: por un lado crea y por el otro, destruye. -- Crea en cuanto a divisas, empleos, publicidad, etc., y destruye en lo que se refiere a gastos por pérdidas materiales de cualquier tipo, accidentes y otros. Es decir, que el alcoholismo es un problema que también tiene consecuencias que afectan a la economía nacional, y por lo tanto, es necesario tratar de reducirlo.

#### 2.4 ASPECTOS BIOLÓGICOS

Existen algunos estudios en el campo de la genética (Paranen, Bruun y Mark Kanen, 1966; Jellinek, 1945; Amark, 1951; en Velasco, 1985) en donde se ha llegado a la conclusión de -- que existe alguna evidencia de que el alcoholismo está determinado en cierta medida genéticamente pero, la herencia por --

sí misma no explica la mayoría de los casos. Por otro lado, no hay acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desajuste de la química cerebral. Es por ello que se han planteado algunas teorías para explicar este trastorno desde el punto de vista fisiológico y son las siguientes:

1) Teoría de la Alergia: postula la presencia de un factor humoral específico que sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva del alcohol (Velasco, 1985).

2) Teoría Genetotrófica de R. Williams (Williams, 1959 en Velasco, 1985) y colaboradores : sugiere que los alcohólicos sufren de un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios y la deficiencia nutricional que resulta provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol (SIC).

3) Existe una hipótesis según la cual los individuos alcohólicos tienen un defecto en el metabolismo de acetaldeído, lo que daría por resultado la producción de ciertos compuestos en el organismo que son precursores de los alcaloides opiáceos. Parecería entonces, que el cuerpo produce sus propias sustancias adictivas y que existieran bases fisiológicas comunes a todas formas de farmacodependencia, lo que también explicaría por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia

no solo tolerancia hacia el alcohol sino hacia otras drogas - (Davis and Walsh, 1970, en Velasco, 1985).

Los efectos que produce el alcohol pueden ser los siguientes: tomado en pequeñas cantidades, el alcohol es estimulante y produce una sensación pasajera de calor y bienestar. El alcohol dilata los vasos capilares y favorece el flujo de la sangre hacia la superficie de la piel, ello produce, sin embargo, el enfriamiento de la sangre, con la consiguiente - disminución de la temperatura corporal. El alcohol deprime - además el sistema nervioso central y actúa como anestésico de la corteza cerebral que rige la conducta. Normalmente, grandes cantidades de alcohol conducen a la parálisis de los centros nerviosos. Así, por ejemplo, en un alcoholizado existe parálisis de los capilares de toda la superficie del cuerpo, que se enfría gradualmente, por lo que los alcohólicos tienden a helarse rápidamente (Rodríguez Román, Tesis UNAM, - - 1983).

Las primeras manifestaciones clínicas vienen caracterizadas por la excitación intelectual y motriz, una sensación de euforia, de optimismo, de facilidad, pero al mismo tiempo existe una disminución del dominio de sí mismo y de la vigilancia, una anormal locuacidad, frases inconsideradas y a veces cierta irritabilidad agresiva. El constante abuso conduce a menudo al estupor, al delirium tremens y a otros estados reve



ladores de graves daños orgánicos (Ey, 1980).

El alcohol, al contrario de los alimentos, no necesita ser digerido antes de su absorción, sino que pasa directamente a la sangre. La velocidad de absorción es mucho más rápida que la de eliminación, de lo cual resulta que una ingestión exagerada origina una concentración considerable (Velasco, 1985).

Dependiendo de su fuerza, el alcohol ejerce efecto en la mucosa de la boca, del esófago, del estómago y de la parte superior de los intestinos. Cuando una persona ingiere una bebida embriagante, el 20% del alcohol es absorbido inmediatamente en forma directa a través de las paredes del estómago y el otro 80% es "procesado" más lentamente (Velasco, 1982).

La eliminación se efectúa sobre todo por los riñones y los pulmones, de ahí el aliento alcohólico de quien ha bebido. El temblor, la sudoración, el dolor de cabeza y el malestar gástrico que se presentan a la mañana siguiente de haber bebido en forma excesiva, son manifestaciones de este proceso de eliminación y que se puede dar en cualquier bebedor (Rodríguez Román, Tesis UNAM, 1983).

La tolerancia al alcohol es la capacidad constitucional (preadaptativa) de un organismo para soportar los efectos del

alcohol, evaluada en proporción a la concentración de alcohol en la sangre que afecta primero una función determinada; generalmente se concibe en términos de los efectos adversos, es - decir, el deterioro de la función (Velasco, 1985).

Durante el proceso de adquisición de tolerancia las células del cuerpo se acostumbran al alcohol de manera que una - concentración dada les afecta menos de lo que solía afectarles. Nadie sabe cómo se desarrolla la tolerancia. No tiene nada que ver con la tasa de absorción, metabolismo, o de eliminación del alcohol (Kessel y Walton, 1982).

Los efectos generales del alcohol se presentan en todos los sistemas del organismo. Desde el punto de vista somático, la consecuencia más seria del alcoholismo es la desnutrición. Esto se manifiesta en dos formas: el alcohólico crónico no come lo suficiente y lo que come no le nutre como debería. El enfermo no come lo suficiente, en parte porque sus ganancias pueden ser pequeñas pero mayormente porque redistribuye sus - ganancias para comprar más alcohol y consecuentemente, menos comida (kessel y Walton, Op. Cit.).

El alcohol puede producir esofagitis y se ha descrito como un factor predisponente para el desarrollo del cáncer esofágico; da lugar a gastritis aguda y crónica; la pancreatitis aguda puede alcanzar una mortalidad del 30%; en forma crónica

puede provocar una mala absorción, destruyendo las vellosidades del intestino delgado y entonces no se absorben los alimentos. El beber excesivamente trae como consecuencia las enfermedades hepáticas como la hepatitis alcohólica, el hígado graso, la cirrosis, la colestasis inducida por el alcohol y otras más (Kersenovich, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

La ingestión de una cantidad excesiva de alcohol especialmente cuando ésta es repetida puede producir alteraciones no sólo en todo el tejido hemático, sino también, en forma indirecta, en los elementos sanguíneos protéicos que intervienen en la coagulación de la sangre. Se han encontrado alteraciones no solo en las 3 líneas celulares de la sangre periférica: eritrocitos, leucocitos y plaquetas; sino también en las progenitoras de aquellas, localizadas en la médula ósea. Entre las alteraciones más comunes del sistema hemático encontramos: macrocitos, crecimiento de los eritrocitos; anemia megaloblástica por carencia de ácido fólico y vitamina B12; disminución de linfocitos; aumento de vacuolas en el núcleo de los eritoblastos, etc. (Sánchez, en Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983).

La falta de vitamina B puede ocasionar la neuritis periférica. Las fibras nerviosas padecen un choque en esta condición y los nervios periféricos, aquellos que unen todo el

camino de la médula espinal hacia el final de los miembros - son los más involucrados porque su necesidad de vitaminas es mayor, por lo tanto, la neuritis es periférica. En los últimos estados, los nervios de las coyunturas se encuentran tan dañados que el paciente puede no saber en qué posición se encuentran sus manos, o sus pies, consecuentemente se cae con bastante frecuencia (Kessel y Walton, 1982).

La llamada demencia alcohólica se debe a una atrofia - progresiva de la corteza de los lóbulos frontales. Los estudios neurorradiológicos han demostrado consistentemente que los alcohólicos tienen anomalías morfológicas de las estructuras cortical, ventricular y cerebelosa, sugestiva de atrofia cerebral. Se tiene la hipótesis de que los cambios - morfológicos observados son las causas de las fallas neuropsicológicas, que son comunes al alcoholismo crónico (Wilkinson, 1982).

Una vez que se han visto los efectos del alcohol en diferentes sistemas se continua con las etapas de intoxicación y las fases del alcoholismo: los efectos inmediatos de una - copiosa ingestión de bebidas embriagantes pueden describirse de acuerdo con la gravedad y progreso de la intoxicación:

PRIMERA ETAPA.- El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. Parece excitado.

SEGUNDA ETAPA.- Conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y del pensamiento, problemas sensoriomotrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).

TERCERA ETAPA.- Confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables de comportamiento: miedo grave, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se dice.

CUARTA ETAPA.- Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.

QUINTA ETAPA.- Inconsciencia, ausencia de reflejos, verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria (Velasco, 1982).

Primordialmente existen tres fases en el curso del alcoholismo, aunque no se presentan exactamente iguales en todas las personas, ya que también influye la historia de cada individuo, sus experiencias y problemas psicológicos. Estas fases se clasifican según los síntomas, pero no son tajantes, el paso entre una y otra fase es casi imperceptible y los síntomas pueden no darse en todas las personas ni de igual manera. Las fases son las siguientes:

EXCESO EN LA BEBIDA.- Los signos tempranos del alcohol-

lismo son varios, así encontramos que la persona empieza a beber más que el resto de sus amigos y más de lo que generalmente bebía, la persona pasa más tiempo bebiendo.

ADICCION AL ALCOHOL.- Beber es ahora una necesidad. El sujeto bebe más y comienza a perder la memoria, cuando está - sobrio no recuerda lo que hizo mientras bebió. Cuando el sujeto no puede decidir cuánto debe tomar, es que ha perdido su capacidad para regular su bebida. Empieza a tomar más de lo que él quisiera y pierde el control. Se convierte en un bebedoedor compulsivo.

ALCOHOLISMO CRONICO.- El sujeto no come lo suficiente y casi no tiene apetito, continuamente tiene náuseas, está desnutrido. La tolerancia al alcohol disminuye y con muy poco - alcohol el sujeto está ebrio. El sujeto se convierte en una víctima de miedos terroríficos. Presenta trastornos graves - como cirrosis, neuritis periférica, delirium tremens, etc. - (Kessel y Walton, 1982)..

## 2.5 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS

En este punto es pertinente mencionar que la dependencia psicológica que se da en un individuo con respecto al alcohol es tan fuerte que se produce una habituación del uso de la bebida, debida a que dicha sustancia proporciona alivio a la -

tensión y a la incomodidad emocional.

Respecto a los factores psicológicos, no se ha comprobado que exista una personalidad alcohólica definida, ni hay rasgos que puedan explicar el origen o evolución del alcoholismo; sin embargo, también se han formulado diferentes hipótesis en busca de una "personalidad prealcohólica o de los rasgos típicos del alcohol". Se han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: "Se trata de personas neuróticas (1), incapaces (2) de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras (3), tendientes al aislamiento, dependientes (4), que manejan inadecuadamente sus frustraciones (5), que tienen sentimientos de perversidad (6) e indignidad (7). También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación (8) emocional (9) y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero tales características de personalidad pueden darse en individuos que desarrollan otras formas de neurosis e incluso en individuos que alcanzan un desarrollo normal" (Velasco, 1985). (Ver definiciones en el Anexo N°. 1).

Por lo anterior, se puede confirmar entonces que no existe una sola personalidad alcohólica sino que existen diferentes tipos de individuos alcohólicos cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, pero que pueden

cumplir algunas características comunes.

Centrándose más directamente en las causas del alcoholismo, se sabe que no existe una sola razón que explique satisfactoriamente la etiología de la enfermedad, sin embargo, hay diferentes factores predisponentes. Los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos, de acuerdo al doctor Velasco (Op. Cit.) son aquellos que:

1.- Responden a las bebidas alcohólicas en cierta forma (quizá determinada fisiológicamente) que les permite experimentar intenso alivio y relajación .

2.- Poseen ciertas características de personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

3.- Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Con respecto a lo anterior, se ve que no existe una sola causa que explique al alcoholismo.

Ahora se revisan algunos de los cuadros psiquiátricos - más importantes que se pueden presentar en enfermos alcohólicos. Cabe aclarar que estos cuadros se presentan cuando el - padecimiento ya es muy avanzado y después de varios años de - consumo inmoderado de bebidas alcohólicas. Se puede decir - que son las consecuencias más serias del alcoholismo a las -



que está expuesta una persona con antecedentes de un alcoholismo avanzado. Es conveniente señalar que en muchos casos - el alcohol sirve solo para liberar una reacción que es primariamente psicógena, con factores intrínsecos de la personalidad. En otros casos existe tal interacción entre factores - psicógenos y metabólicos, que el cuadro se vuelve mucho más - complejo. Por ejemplo, el Síndrome de Korsakoff no se debe a efectos tóxicos del alcohol mismo, sino a una deficiencia de tiamina. Aún en este cuadro la personalidad es decisiva. Los cuadros psiquiátricos que se mencionan a continuación no se - encuentran en orden de importancia, ni de prevalencia, ni tam - poco son pasos consecutivos para llegar a un estado más agudo, sino que se presentan tomados al azar.

#### 2.5.1 INTOXICACION PATOLOGICA

Ocasionalmente, un individuo de personalidad inestable - puede presentar, debido a la ingestión de alcohol, un estado mental transitorio de mucha mayor intensidad y gravedad que - el que corresponde a los síntomas de embriaguez; su principio es dramáticamente repentino. La conciencia está alterada, y el paciente está confuso, desorientado, sufre de alucinaciones visuales, ilusiones visuales e ideas delirantes transitorias. Su actividad es exagerada, impulsiva y agresiva e incluso llega hasta la destructividad. Los trastornos emociona - les son profundos y pueden consistir en furia, angustia o de

presión, a veces con intentos suicidas. El cuadro dura de -  
unos cuantos minutos a un día o más, y habitualmente es segui-  
do de un sueño prolongado, después del cual el paciente sufre  
amnesia respecto a todo el episodio (Kolb, 1981).

Las personas con temperamento histérico o epileptoides -  
son más propensas a estos episodios. Este síndrome cerebral  
agudo se produce tras una ingesta alcohólica mínima (una o -  
dos copas, en algunos casos) (Freedman, 1975).

Existe una tendencia cada vez mayor a considerar que es-  
tos episodios, con sus trastornos de la conciencia y posibles  
crímenes violentos, son en realidad variantes de la epilepsia  
locomotora liberada por el alcohol en personas predispuestas  
a dichas crisis (Kolb, 1981).

En el material revisado no se encontró a qué edad prome-  
dio puede aparecer este padecimiento, ni bajo qué condiciones  
se puede dar.

#### 2.5.2 DELIRUM TREMENS

Es una psicosis aguda que puede desarrollarse en el alco-  
hólico crónico después de un exceso especialmente intenso o -  
prolongado. Durante mucho tiempo se consideró que se trata-  
ba de una psicosis aguda que se desarrollaba durante la em- -

briaguez; en la actualidad, sin embargo, muchos creen que se trata de un síndrome de abstinencia, precipitado en los alcohólicos crónicos por la interrupción súbita del tóxico. El trastorno puede surgir también de alteraciones metabólicas como: metabolismo defectuoso de los carbohidratos, disminución en la función desintoxicante del hígado, oxigenación deficiente del cerebro y otras (Kolb, 1981).

El delirium tremens es raro en una persona de menos de 30 años de edad o en alguien que haya sido alcohólico crónico durante menos de 3 ó 4 años. Habitualmente el cuadro va precedido de aversión a la comida, inquietud, irritabilidad y sueño perturbado, durante el cual aparecen pesadillas aterradoras. Las alucinaciones visuales a menudo tienen el carácter de objetos que parecen estarse moviendo, y en especial representan animales repulsivos de formas fantásticas, que aterrojan al paciente y lo hacen que luche por escapar de ellos. A veces las alucinaciones pueden ser sugeridas. No es raro que se presenten alucinaciones táctiles, probablemente debidas a neuritis periférica. Pueden aparecer alucinaciones olfatorias, y no es raro que se agreguen las de tipo auditivo (Kolb, Op. Cit.).

El paciente manifiesta un estado intensamente alucinatorio: gestos interminables repetidos, búsqueda incesante de objetos, ilusión de pequeñas bestias en las esquinas de su habi

tación, actitudes asustadas. Se encuentra completamente desorientado en el tiempo y en el espacio. El temblor está generalizado a toda la musculatura del cuerpo. La temperatura, - en dos o tres días se eleva hasta los 39 ó 40 grados y probablemente persista durante varios días antes de desaparecer. - La tensión arterial y el estado cardíaco deben ser controlados atentamente, puesto que a menudo la muerte resulta de un accidente cardiovascular (Ey, 1980).

El estado de ánimo es habitualmente de irritabilidad, - miedo, aprensión, o incluso terror. En ocasiones, es de euforia, diversión, tontería ó esta caracterizado por un macabro sentido del humor. La conciencia está obnubilada y el paciente puede hallarse en un estado de confusión profunda, con desorientación respecto al tiempo y el espacio. El habla a menudo es incoherente. La atención es fugaz y las impresiones se retienen sólo un momento. Generalmente le es imposible - conciliar el sueño (Kolb, 1981).

En la exploración física, las conjuntivas y la cara están generalmente congestionadas. Las pupilas están dilatadas y a menudo reaccionan con lentitud. Casi siempre se halla - temblor generalizado de grandes oscilaciones, que aumenta - - cuando se provoca tensión muscular. El pulso es rápido y a menudo irregular y débil. La temperatura está elevada y en - algunos casos puede haber fiebre franca. La piel está húmeda:

la cara con frecuencia muestra sudación abundante. Los reflejos tendinosos habitualmente están aumentados, y a veces ausentes debido a la neuropatía (Kolb, Op. Cit.).

### 2.5.3 PSICOSIS DE KORSAKOFF

En algunas ocasiones se nota que lo que parece ser un caso ordinario de delirium tremens, presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo, pero el conjunto de síntomas se funde con un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y el lugar, y falsificación de la memoria, asociados a síntomas y signos de neuropatía periférica. Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión de alcohol durante varios años. A causa de su frecuente asociación con el alcoholismo crónico, desde hace mucho tiempo la psicosis de Korsakoff se clasifica entre las psicosis alcohólicas lo que es estrictamente, inadecuado (Kolb, Op. Cit.).

Este padecimiento es uno de los diversos síndromes que resultan de la deficiencia de vitamina B, a la cual el alcohólico está especialmente propenso debido a su absorción intestinal alterada, su dieta limitada principalmente a alcohol, sin vitaminas, y su elevado requerimiento vitamínico, resultante del gran efecto calórico del alcohol. Las variaciones

en estos síndromes dependen primordialmente de las partes del sistema nervioso en las que se halla localizada la degeneración neuronal. Si ésta se encuentra principalmente en el cerebro y en los nervios periféricos, aparece el síndrome de Korsakoff (Kolb, Op. Cit.).

La fase del comienzo se asemeja a la de todo estado confusional: cefaleas, insomnio, trastornos del humor. Se añaden, en este caso, trastornos de la marcha, algias y parestesias en los miembros inferiores. El síndrome psíquico está constituido por un estado confusional generalmente discreto. La primera manifestación de la debilitación de la síntesis psíquica es un déficit de la atención. El paciente está distraído y sigue difícilmente. Sin embargo, la temporalización de la percepción es la que está alterada electivamente. El enfermo es incapaz de fijar un recuerdo, siendo esta amnesia de fijación el síntoma fundamental del síndrome. Por el contrario, la rememoración o memoria de evocación de hechos antiguos, puede persistir intacta o ser alterada tan solo por las confabulaciones y los falsos recuerdos. Se observa también una desorientación en el espacio análoga a la observada en cuanto al tiempo. Los trastornos de la síntesis mental (confusión y desorientación) favorecen una modalidad del pensamiento denominada fabulación. El estado afectivo, por lo general, corresponde a una especie de puerilidad eufórica y de indolente distanciamiento. El estado general es la mayoría

de las veces poco satisfactorio: adelgazamiento, astenia, insuficiencia hepática. Pero la característica somática más importante es la polineuritis de los miembros inferiores (algias espontáneas, parestesias, atrofia muscular, disminución o abolición de los reflejos rotulianos y aquíleos). La afectación de los nervios de los miembros superiores o de los nervios craneales es excepcional. Esta enfermedad es relativamente más frecuente en el sexo femenino (Ey, 1980).

Al igual que en la intoxicación patológica, no parece que haya una edad específica para este padecimiento, pero sí es importante mencionar que la condición principal para que se dé, es la falta de tiamina.

#### 2.5.4 ALUCINOSIS AGUDA

La tendencia actual es considerar este trastorno como una reacción psicógena liberada por el exceso alcohólico y no como una expresión puramente tóxica. Parece razonable afirmar que las características clínicas están determinadas por factores de la personalidad (Kolb, 1981).

Se trata de una psicosis alucinatoria en la que predomina la actividad alucinatoria auditiva más que visual, sin desestructuración considerable de la conciencia. El sujeto queda bien orientado, sin obnubilaciones ni trastornos de la me-

moria (Ey, 1980).

El comienzo consecutivo a un exceso alcohólico, está marcado a menudo por alucinaciones de tipo elemental que sobrevienen a la caída de la noche y que son difíciles de distinguir de las ilusiones (ruidos insólitos, ruido de conversaciones) (Ey, Op. Cit.).

La reacción puede resumirse como un cuadro de alucinosis auditiva que se presenta sin alteraciones en los órganos de los sentidos y se acompaña afectivamente de un miedo intenso. El contenido de las alucinaciones suele ser acusador, amenazante o de ambos tipos. Existe especial tendencia para que las voces acusen al enfermo de prácticas homosexuales y le apliquen nombres indecentes. Las voces de las alucinaciones a menudo se refieren al paciente en tercera persona y lo amenazan. No es raro que cuando el paciente se ocupa de manejar alguna máquina, las alucinaciones parezcan al principio provenir de ésta y sean sincrónicas con el sonido rítmico de su funcionamiento. A veces las alucinaciones sonoras son benignas y pueden afectar o no la conducta del enfermo. No es raro encontrar alucinaciones olfatorias e ilusiones visuales. La conciencia permanece clara en la alucinosis alcohólica; el paciente permanece orientado y proyecta sus alucinaciones hacia un medio ambiente real. Después de la recuperación no existe amnesia respecto a los incidentes ocurridos durante el



curso de la enfermedad (Kolb, 1981).

Son frecuentes las ideas de referencia y la adquisición de un sistema delirante elaborado, y a menudo el paciente responde a sus ideas. Aprensión y temor se acompañan a menudo de ira o depresión. Son frecuentes los intentos de suicidio (Freedman, 1975).

No se encontró una edad necesaria para la aparición de este cuadro.

#### 2.5.5 PARANOIA ALCOHOLICA

En esta afección puede haber un factor común (el impulso homosexual reprimido) que explique el alcoholismo y la psicosis al mismo tiempo. Habitualmente el enfermo nunca ha establecido una relación heterosexual adecuada y madura. Psicológicamente las condiciones del enfermo eran favorables para el desarrollo de una psicosis antes de que la ingestión de alcohol se volviera excesiva. En algunos casos puede incluso decirse que ya existía una psicosis latente y que el alcohol solo apresuró su aparición. El patrón previo de la personalidad de estos pacientes habitualmente se caracteriza por terquedad, desconfianza, resentimiento, proyección y otros mecanismos de

fensivos (Kolb, 1981).

El término de paranoia alcohólica alude a un estado paranoide que se desarrolla en alcohólicos crónicos (habitualmente varones) y está marcado por ideas delirantes de infidelidad o celotípicas (Freedman, 1975).

A causa del desarrollo incompleto y la mala integración de su personalidad, estos pacientes son especialmente ineptos para satisfacer la demanda prolongada de adaptación social - que implica el matrimonio; acusando a su esposa del interés - que ellos experimentan hacia otros hombres, aseguran el alivio de su angustia. A veces, debido al uso excesivo de sustancias tóxicas, se desarrolla impotencia producida por la acción del alcohol sobre el sistema nervioso central; esto aumenta la sensación de inseguridad e incompetencia del paciente. Para no reconocer ésta última tienen que desarrollarse - ideas de infidelidad (Kolb, 1981).

Parece ser que en este padecimiento tampoco hay una edad promedio para su aparición.

Respecto a lo anterior, se nota que en los diferentes - cuadros psiquiátricos presentados, existe evidencia de que - los pacientes que manifiestan estos trastornos, ya traen consigo algún factor psicológico predisponente. Es también lógi

co concluir que las personas que han sufrido alguno de estos trastornos deben presentar algún daño cerebral que va a afectar a la percepción visual, tema central de esta investigación.

Después de haber visto las características más importantes de los cuadros psiquiátricos que son producidos por la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, se menciona lo que dice una de las teorías psicológicas al respecto.

Se sabe que existen varias teorías que han estudiado el alcoholismo desde el punto de vista clínico, pero la intención no es hablar sobre lo que cada una de ellas dice acerca del alcoholismo. Por tal motivo, solo se menciona lo que dice la teoría psicoanalítica de Freud, pues se piensa que está muy fundamentada en cuanto al tema. También se habla de otros autores que parten de los supuestos psicoanalíticos para explicar la dinámica familiar y el ambiente en el que se desenvuelve un sujeto alcohólico, y que son importantes, ya que de alguna manera van a determinar la personalidad del alcohólico.

Freud (1905), exponente del marco teórico psicoanalítico, explica el desarrollo de la personalidad mencionando diferentes etapas. Cada una se diferencia de las otras por el predominio de una determinada zona erógena (1), de la cual se desprende su nombre, de tal forma que la primera tiene como zona

erógena (1) a la boca, y se le llama Etapa Oral. La segunda, tiene como zona primordial a la región anal, y se le denomina Etapa Anal. La tercera se centra en los órganos genitales, y se le llama Etapa Fálica (Ver definiciones en el Anexo N° 2).

Se le da importancia a la etapa oral ya que es en la que según la teoría psicoanalítica se da la fijación (2) para el alcoholismo.

En la etapa oral se observa el predominio de la obtención de placer por la zona de la cavidad bucal, los labios y la lengua; de tal forma que son los principales órganos sexuales de la criatura durante el primer año y medio de vida (Cueli y Reidl, 1981). La pulsión (3) sexual originalmente se satisface en apoyo sobre la necesidad de alimentación, pero luego adquiere autonomía, y logra el placer en forma autoerótica. Es decir, la pulsión (3) sexual se separa pronto de la necesidad de alimento y busca en forma independiente su satisfacción (Freud, Tres Ensayos Sobre una Teoría Sexual, 1905).

Tanto las experiencias positivas como las negativas van a producir en el sujeto una fijación (2), la cual, en el caso del alcoholismo, se da en la etapa oral, que se acaba de mencionar, por su relación con el placer de succionar, de beber, etc.

Además de la fijación (2), se forma un "yo" (4) débil, - que es incapaz de enfrentar las tensiones y problemas que la vida trae consigo, y por lo tanto, es un "yo" (4) con una falta completa de responsabilidad. Su comportamiento está totalmente ligado a las funciones del "ello" (5). De esta manera, el "ello" (5) va a predominar en la conducta del individuo, - quien vivirá guiado por sus impulsos e instintos (6). En este caso los instintos lo conducirán a beber, para así satisfacer sus impulsos. En consecuencia va a desarrollar un "super yo" (7) defectuoso, que no podrá imponer la razón sobre el - instinto (6).

A continuación se presentan las conclusiones de algunos autores que parten de los supuestos psicoanalíticos.

Los siguientes autores: Kolb (1981), Knight (en Guarner, 1978) y Guarner (1978) coinciden en 5 puntos importantes en cuanto al alcoholismo:

a) Las madres de estos individuos han sido sobreprotectoras. La madre trata siempre de satisfacer a su hijo, lo cual provoca a lo largo de la vida que busque pasividad y permisividad en las personas que lo rodean. Cuando esto no sucede, el sujeto que se embriaga se siente frustrado y con rabia o - resentimiento.

b) Las actitudes paternas suelen ser alternativamente severas y en exceso indulgentes; el niño desconcertado, se vuelve un adulto pasivo-dependiente. El padre del alcohólico es generalmente frío e inafectivo.

c) El alcoholismo puede presentarse en personas que, en ausencia de una figura conveniente con quien identificarse, nunca desarrollaron un "superyo" (7) que los estabilizara.

d) Se piensa que el deseo de beber es una búsqueda del pecho materno, pero al mismo tiempo constituye un desafío en contra de la sociedad, la moral y los padres.

e) El uso irrestricto del alcohol por parte de la familia o los amigos adolescentes del futuro alcohólico es lo que permite el desarrollo de un defecto en el "superyo" (7) que se traduce en la ingestión repetida del tóxico.

En conclusión, la constitución del individuo y las experiencias emocionales del niño en sus transacciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo. Las influencias culturales refuerzan los patrones familiares y establecen la predilección por el uso del alcohol como un medio de aliviar la angustia y la depresión. Las experiencias posteriores de privación emocional pueden actuar, y a veces lo hacen en forma repetida, para precipitar períodos de embriaguez, o para hacer que el individuo vuelva a tomar cuando ya había renunciado al hábito.

Así, se ha visto cómo el tema del alcoholismo ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista, ya que este tópico es tan extenso y abarca muy distintos campos de estudio desde donde cada investigador le confiere su propio enfoque al estudiarlo.

En el siguiente capítulo se habla sobre la Teoría de la Gestalt y sus principios, debido a que la percepción visual, tema de esta investigación, está sumamente relacionada con los puntos que desarrolla dicha teoría. La Teoría de la Gestalt dedica gran parte de sus estudios a la percepción visual, tema que también será tratado en el siguiente capítulo.

CAPITULO TERCERO  
TEORIA DE LA GESTALT Y PERCEPCION VISUAL

- 3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TEORIA DE LA GESTALT.
- 3.2 EL CONCEPTO GESTALT.
- 3.3 PRINCIPIOS DE LA GESTALT.
- 3.4 GENERALIDADES DE LA PERCEPCION.
- 3.5 PERCEPCION VISUAL.
- 3.6 ALTERACIONES DE LA PERCEPCION VISUAL Y DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA PERCEPCION.
- 3.7 PERCEPCION VISUAL Y ALCOHOLISMO.

Para estudiar no sólo la percepción visual sino sus principios, hay que apegarse a alguna teoría psicológica que se dedique a investigarla; en este caso la referencia es a la Teoría de la Gestalt, ya que es una escuela que se ha dedicado específicamente al estudio de la percepción como ninguna otra, tratando de encontrar por qué y cómo es que vemos de tal o cual manera y por esto es que ha formulado algunos principios que se incluyen en este capítulo. Estos principios dan una regla general de los patrones que seguimos en la visión de los objetos y cuando no se siguen, de algún modo estarían señalando que algo está mal en el individuo.

En el caso particular de esta investigación, se puede decir que si una persona tiene dañada la función perceptual co-



mo consecuencia del abuso de bebidas alcohólicas, posiblemente tendrá problemas en alguno(s) de los principios que propone la Teoría de la Gestalt.

### 3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TEORIA DE LA GESTALT

Se mencionan algunos autores, cuyas posiciones en diversas teorías psicológicas, hicieron que se creara una escuela en oposición a dichas ideas, tal escuela fue la Gestalt, la cual formuló sus propios principios.

La Psicología de la Gestalt surge principalmente en oposición al Asociacionismo, cuya exponente más importante fue W. Wundt. El Asociacionismo descansa en la suposición de la reproductividad de los fenómenos mentales. Lo que precede al estímulo puede ser preservado y reproducido. Cualquier teoría se enfrenta con la difícil tarea de aportar las pruebas suficientes que contrarresten la simple y convincente lógica del Asociacionismo. Sin embargo, no puede negarse que los funcionalistas europeos tienen su parte de razón. Ellos postulan que la conducta humana no puede ser reducida a una cadena de elementos sensoriales consecutivos. El problema que se plantearon los teóricos de la Gestalt consiste en saber si este aserto pudiera presentarse de otra manera (Volman, 1979).

A pesar de lo anterior, existe también cierta similitud

entre las diversas teorías psicológicas postuladas, y de las cuales los gestaltistas tomaron algunas ideas para conformar así, su propia teoría. A estos conceptos anteriores se les - podría tomar como ideas precursoras del movimiento gestaltista. Así, se tienen los siguientes precursores:

**Wundt:** Su principio de la síntesis creadora implica cierto - reconocimiento de la diferencia entre los todos y la suma de sus partes.

**John Stuart Mill:** Sostuvo que al combinarse los elementos en totalidades pueden emerger nuevas características.

**Franz Brentano:** Sostenía que la psicología debiera concen- trarse en el proceso o acto de sentir antes que en la sensa- ción como elemento. Anticipó así, el método introspeccionista de la Gestalt.

**Ernest Mach:** Sostenía que las sensaciones forman la base de toda ciencia. Postuló la existencia de dos tipos de sensacio- nes completamente nuevos: la sensación de forma espacial (el caso de un círculo o cualquier otra forma geométrica) y la - sensación de forma temporal (una melodía). Mach afirmó que - esas sensaciones son independientes de sus elementos. Por e- jemplo, los círculos pueden ser rojos, azules, grandes, peque- ños, sin perder nada de su circularidad.

**Christian Von Ehrenfels:** Elaboró las nociones psicológicas - de Mach en una teoría a la que llamó de la "cualidad gestálti- ca" (Gestaltqualität). Fue el creador del término Gestalt.

Estos hombres fueron precursores y postularon nuevos elementos, pero no fueron psicólogos gestaltistas (Marx y Hillis 1978).

Entre los partidarios de la psicología gestaltista, resaltan: Erich R. Jaensch (1883-1940), mostró que para estudiar la agudeza visual debían tomarse en consideración grandes sistemas interactuantes. David Katz (1884-1957), publicó una extensa monografía sobre el mismo tema y una cuidadosa descripción fenomenológica de los diferentes tipos de colores. Describió las condiciones para poder ver cada tipo de color y no intentó explicar los diferentes tipos mediante la combinación de las sensaciones de color con algunos otros elementos (Op. Cit., 1978). Edgar Rubin (1886-1951), psicólogo danés, cuyo nombre es asociado con el fenómeno de figura-fondo. El comenzó sus investigaciones en 1912 y lo publicó en 1915; los gestaltistas lo adecuaron rápidamente a su propio sistema -- (Zusne, 1970).

Todos los autores anteriormente citados, contribuyeron -- en gran parte a la creación de la Psicología de la Gestalt -- con todas las investigaciones que llevaron a cabo, sin embargo, son oficialmente los creadores de la Gestalt: Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köhler; y se tiene como nacimiento oficial de la escuela de la Gestalt el año de 1912, fecha en que Max Wertheimer publicó sus trabajos sobre el movi-

miento aparente (Zusne, Op. Cit.).

El creador y cerebro de la escuela de la Gestalt es Max Wertheimer, sus trabajos publicados eran concernientes al movimiento visual percibido, se trataba de explicar la percepción del movimiento que resultaba de una serie de estímulos - inmóviles. Wertheimer denominó "fi" este tipo de movimiento. Es un fenómeno que no puede resultar de la suma de las estimulaciones particulares, porque al agregar una estimulación estática a otra estática, no se obtiene por sumación una sensación de movimiento. El movimiento aparente existe como un fenómeno real por derecho propio y es un fenómeno que no puede reducirse a sensaciones más simples. El movimiento aparente no existe más que en las situaciones en que tiene vigencia - ciertas relaciones prescritas entre los elementos. El movimiento aparente, no necesita una explicación. Wertheimer sostenía que los datos primarios de la percepción son estructuras (Gestalten) y no deben descomponerse en sus elementos - - (Marx y Hillis, 1978).

Wolfgang Köhler publicó la "Psicología de la Gestalt", (1947) el documento más importante acerca de la percepción de la Gestalt, y por último, Kurt Koffka, quien es el más prolífero de los tres aunque no contribuyó tanto en términos de originalidad como los otros dos, escribió un tratado enciclopédico acerca de la Psicología de la Gestalt en 1935, es, quizá, la -

referencia más comúnmente citada (Zusne, 1970).

### 3.2 EL CONCEPTO GESTALT

Los diversos procesos de organización del campo perceptual llevaron a un grupo de psicólogos alemanes a buscar un común denominador fundamental de tan distintas manifestaciones, esfuerzos que se concretaron en el término Gestalt (introducido por Ehrenfels en 1890) o Teoría de la Gestalt. La palabra alemana no puede ser traducida con toda exactitud, pero alude a los conceptos de "estructura", "forma" y "configuración", abarcándolos todos ellos y algunos más. La característica de una gestalt es que todas sus partes, que forman un todo, tienen su valor específico en esa única configuración, así, una gestalt no puede dividirse en sus elementos sin que pierda su significación y sin que cambie el valor de cada parte. Se puede decir que es como un todo integrado. Por ejemplo, una pieza de música es algo más que la suma de sus sonidos, como la gestalt es más que la adición de sus factores. - Cambiando una parte cambia el total, pero se puede cambiar el total sin cambiar la gestalt; si se transporta un trozo musical a otra clave sin cambiar su estructura básica, sigue siendo la misma melodía, es decir, se mantiene la misma gestalt - (Wolff, 1976).

La definición de gestalt no fue inmediatamente dada por sus fundadores, significaba más que una simple forma visual y no fue hasta que Köehler dijo que era "cualquier todo o unidad segregada" pero aún así, no es una definición precisa -- (Zusne, 1970).

Helson y Fehree (1932) llegaron a la siguiente lista de definiciones de gestalt:

- 1) La forma de un todo concebido.
- 2) Cualquier factor dentro de un grupo que domina el todo.
- 3) La totalidad de condiciones determinando una percepción, memoria o patrón de comportamiento.
- 4) Estructuras físicas.
- 5) Estructuras fisiológicas.
- 6) Estructuras biológicas.
- 7) Estructuras lógicas.
- 8) Estructuras psicológicas.
- 9) Propósito.
- 10) Condiciones necesarias y suficientes.

De estas definiciones, la primera, la cuarta, la quinta y la octava conciernen a la forma visual. Específicamente, -- se refieren a: a) la forma visible de un concepto general, -- b) los parámetros físicos de la forma visual, c) la contraparte neurofisiológica de la forma en el cerebro y d) la es-

tructuración o reestructuración de la forma como resultado de la actividad del sistema nervioso central (Zusne, Op. Cit.)

Como consecuencia se puede decir que la Psicología de la Gestalt subraya que la percepción sigue las leyes preescritas por los objetos mismos de la percepción, estimulando procesos intrínsecos del organismo, y que esos procesos no actúan independientemente, sino en relación uno con otro. La percepción no es un fenómeno aislado, sino que está determinado por estímulos externos. En una figura no influye solo el fondo, sino también otros muchos estímulos sensoriales. Por tanto, el acto de percibir es un acto de integración y de síntesis. Asimismo, la percepción es dirigida por la atención, el interés, la integración y otros factores psíquicos que relacionan el concepto de percepción con los de resultado y utilidad (Wolff 1976).

Como vemos, en lo dicho anteriormente, la Gestalt postula que cualquier cosa se percibe como un todo y no como la suma de partes de una figura. También, que los objetos que son percibidos, no lo son de una manera aislada, sino que en dicha percepción intervienen diversos factores tales como la relación antecedente del que percibe con el objeto percibido.

A manera de ejemplo de lo anterior, se puede decir que si una persona percibe un árbol, no solo tiene conocimiento -

del árbol, sino que también percibe el viento, los pájaros y la hierba, entre otros.

Varios sentidos colaboran para que se forme una percepción y una imagen mental; así, el mismo objeto puede provocar distintas sensaciones.

### 3.3 PRINCIPIOS DE LA GESTALT

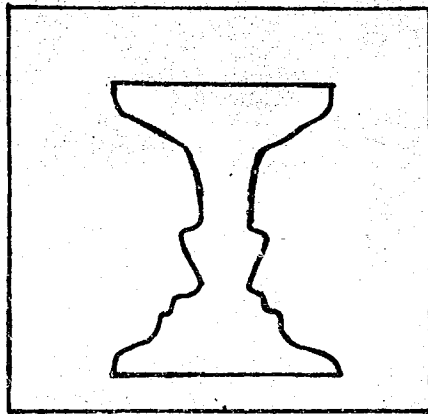
La Teoría de la Gestalt, es aún la única teoría que puede explicar la percepción visual de un modo comprensible. A continuación se enumeran sus principios. Todos los siguientes fueron tomados de Zusne (1970).

A) ISOMORFISMO: Dos eventos dinámicos que ocurren en una configuración física, son paralelos a los eventos dinámicos del cerebro y de la percepción. Dado que el cerebro es un sistema físico, se puede encontrar un fenómeno similar a aquellos encontrados en el resto de la naturaleza. Así, si el fenómeno físico muestra configuraciones, así debe mostrarlas el cerebro. Los psicólogos de la Gestalt argumentaron que la forma visual está representada en el cerebro, no simbólicamente, sino en términos de puntos de excitación correspondientes. Esta correspondencia no es topográfica, es topológica, esto es, que el orden y las relaciones son preservadas, aunque las distancias, los ángulos y las curvaturas no lo sean.



B) FIGURA Y FONDO: Una figura debe ser vista por encima del fondo, si existe alguna diferencia en sus propiedades dentro del campo en lo que respecta a los límites que la definen como forma, como: diferencias en el color.

Sin embargo, existen algunas figuras llamadas rompecabezas, en las cuales no es posible reconocer tan fácilmente la figura de un fondo, porque ambas son igualmente fuertes en organización, cada una puede ser vista como figura o fondo.



C) Una forma visual puede tener uno o varios centros de gravedad, dentro de los cuales la forma está organizada. El centro de gravedad causa una influencia irregular en la forma. - Si un círculo con un pequeño punto fuera de él pero aún dentro del mismo campo visual es expuesto, solo el círculo es - visto; sin embargo, si el punto es movido hasta el centro del

círculo, éste también será visto. Esto sucede, porque, de acuerdo con la Gestalt, el punto habiendo sido movido dentro - del círculo, se convierte en parte integral de él y antes, - era solamente otra configuración. La referencia a múltiples centros de gravedad sugiere puntos que atraen la atención.

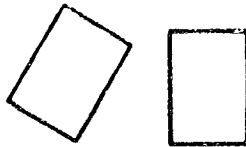


D) Las formas visuales son transpuestas: A diferentes puntos en el campo visual, a diferente tamaño, a diferente orientación, a diferente color, sin perder su identidad. Solamente los cambios en los parámetros de las figuras pueden alternarlas.



E) LEY DE LA CONSTANCIA DE LA FORMA: Las formas tienden a resistir el cambio y tienden a mantener su estructura en contra de fuerzas perturbadoras. Los objetos son vistos de la manera que los conocemos. La constancia es innata, es directamente dada por la organización de la percepción por el sistema nervioso central. La constancia ocurre de la siguiente manera: si el objeto se desvía de su posición normal, se crea un campo de presión, y el observador tiende a mantener la po-

sición correcta del objeto.

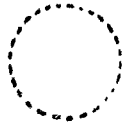


F) LEY DE PREGNANCIA: La forma siempre será vista como buena mientras las condiciones prevalentes lo permitan. "Bueno" aquí significa regular, simétrico, simple, uniforme, cerrado, con dirección uniforme. "Condiciones prevalentes" se refiere a patrones de estímulo. De aquí se desprenden 2 condiciones:

a) Las formas visuales poseen diferentes grados de acentuación o articulación: Las formas visuales pueden ser débiles o fuertes, su fuerza es determinada por el grado de cohesividad entre sus miembros. Los puntos son débiles y tienden a desaparecer mientras que las líneas forman una configuración más fuerte.

b) Si no son "buenas", las formas visuales tienden a ser mejor. En condiciones tales como tiempo de exposición, poca intensidad, tamaño pequeño y reproducción de memoria: (1) las formas irregulares tienden a aparecer como regulares, (2) las formas complejas como simples, (3) las formas asimétricas como simétricas, (4) contornos interrumpidos como continuos, (5) acomodados en forma casual, tienden a organizarse en grupos, (6) elementos desconectados entre sí tienden a conectar-

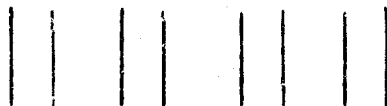
se y (7) grupos de elementos tienden a organizarse en grupos mayores y organizados. En general, el campo visual tiende a volverse organizado.



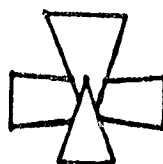
G) LA SIMILITUD: Los elementos visuales que son parecidos -  
tienden a formar grupos.



H) LEY DE LA PROXIMIDAD: Los elementos próximos en espacio y tiempo tienden a ser percibidos juntos. Por ejemplo: las líneas de la siguiente figura tienden a ser vistas como pares - de líneas, más que de cualquier otra manera.

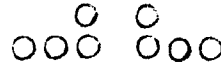


I) LEY DE LA BUENA CONTINUIDAD: Si existen diversos modos en los cuales un elemento puede ser incluido en el grupo, se - -  
tiende a escoger el más simple y más regular.



J) LEY DEL DESTINO COMUN: Los elementos que se desvían de un modo similar respecto de un grupo mayor, tienden a su vez a

agruparse.



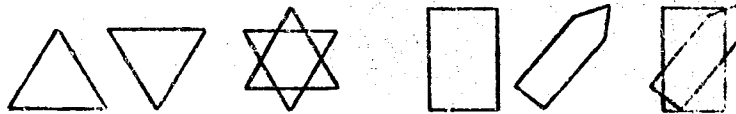
X) Elementos localizados en patrones simétricos tienden a organizarse en grupos.



L) LEY DEL CIERRE: Las formas que están incompletas tienden a ser percibidas como completas.

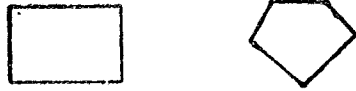


M) Las formas visuales se pueden unir para producir nuevas figuras; las figuras simples se unen más fácilmente que las complejas.



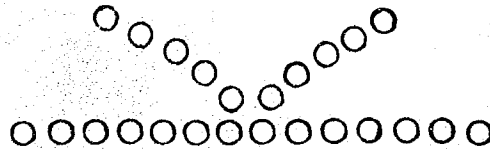
N) LEY DE LA COMPENSACION: Un cambio en una parte o aspecto de una forma visual afecta otros aspectos de la forma. Cambios en área, rotación o traslación no afecta la identidad de la forma y de ninguna de sus partes; pero cambios en su complejidad o en sus líneas sí afecta a la forma. Cambiar ...

lígono de 4 líneas a cinco, afecta el total de la forma.



Los siguientes principios fueron tomados de Marx y Hillis (1978).

O) LEY DE LA DIRECCION: Se tiende a ver las figuras de manera tal que la dirección continúe fluidamente.



P) LEY DE LA DISPOSICION OBJETIVA: Cuando se ve un cierto tipo de organización, se continúa viéndola aun cuando los factores de estímulo que llevaron a la percepción original desaparezcan. En el siguiente ejemplo, si se miran los círculos -- progresivamente de izquierda a derecha, se tiende a continuar viendo pares de círculos como en la izquierda aún cuando a la derecha el factor de proximidad ya no favorece esta organización.



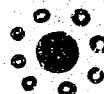
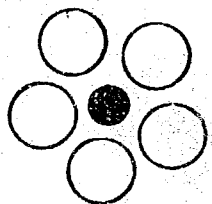
Q) PARTE Y TODO: "LO DADO ESTA EN SI MISMO ESTRUCTURADO (GESTALTEN) EN GRADOS VARIABLES: Consiste en todos y procesos to tales estructurados más o menos definitivamente, con propieda

des y leyes del todo y determinaciones de las partes por el -  
todo. Los trozos aparecen casi siempre como partes de proce-  
sos totales" (Wertheimer en Marx y Hillis, 1978, Pág. 198).

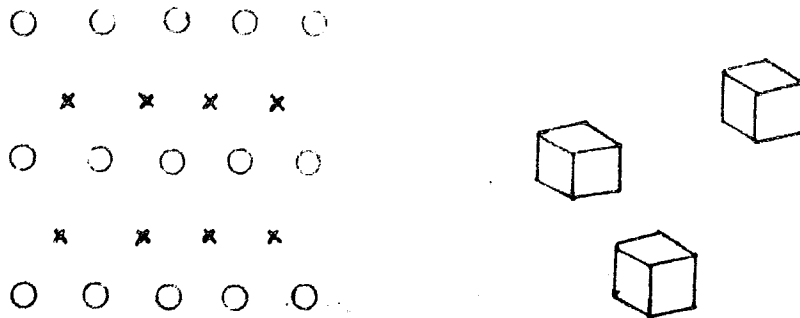
Lo anterior se refiere a que los objetos son percibidos  
como un todo integrado, y únicamente se pueden separar en par-  
tes por motivo de estudio de cada una de ellas.

Los siguientes cinco principios están tomados de Meneses  
(1974).

R) CONTEXTO: La percepción de cualquier estímulo es influida  
por el contexto o característica que rodea al estímulo. En -  
la siguiente figura, por ejemplo, los círculos del centro son  
del mismo diámetro, sin embargo no parecen ser del mismo tama-  
ño por la diferencia de diámetro de los círculos que los ro-  
dean.



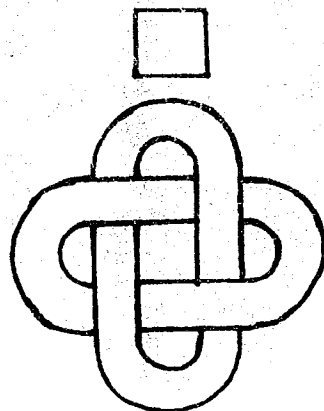
S) SEGREGACION: Consiste en la discriminación de estímulos -  
en un momento dado sobre el organismo. Estos se agrupan en -  
una pauta unitaria que funciona como un todo. En la siguien-  
te forma, los tres cubos se segregan inmediatamente de la fi-  
gura de la izquierda.



T) CONTINUIDAD: Se tiende a percibir como un todo continuo - las figuras cuyas partes están arregladas en serie continua. Así, por ejemplo, las series de puntos alineados en una recta o en un círculo adquieren el atributo perceptual de la continuidad.



U) INCLUSION: Está relacionada con la continuidad. Se tiende a percibir como un todo las pautas que comprenden el número mayor de partes. En el ejemplo del eslabón, no se percibe un cuadrilátero interno formado por el enlace de ambos eslabones, sino un todo que es justamente el resultado de los dos eslabones unidos.





V) EXPERIENCIA O EXPECTATIVA: Dice que las pautas familiares tienen ventaja relativa sobre las pautas desconocidas en la percepción. En un grupo de personas desconocidas podemos luego distinguir un rostro conocido, y la expectación afirma que la actitud del observador ayuda a determinar que va a percibir en un campo dado. Por ejemplo, si uno tiene alguna idea de lo que va a proyectarse en una pantalla, lo descubre más -- fácilmente.

El último principio que se presenta, fue tomado de Wolman (1979).

W) CAMPO PSICOLOGICO: Es un campo de fuerzas que tiende a establecer el mejor equilibrio posible, la configuración más simétrica, estable y simple. Es el ambiente tal como es percibido por el sujeto percibiente.

Hasta aquí se concluye lo relativo a los principios de la Gestalt, estos principios son importantes para tener un mejor conocimiento de lo que es la Teoría de la Gestalt.

Se puede resumir lo anterior de la siguiente manera: --  
"Consiste pues, la Teoría de la Gestalt en sostener que la percepción radica en la integración o búsqueda de formas que organicen las diversas partes que se nos presentan, y la captación de esas formas en función del todo de la actividad so-

matopsíquica, afirmando, también, que el psiquismo del ser humano no está hecho de aspectos fragmentarios, sino que es una estructura, una organización general; en que el individuo -- trae consigo ya estructuras o formas (tanto perceptivas como morales, estéticas, etc.) que dirigen la actividad mental, ajustándola a ellas. Estas estructuras son comprendidas en -- función del total del sujeto y las experiencias a que ha sido sometido, arrojando como resultado una forma actual que abarca al ser y al medio, al presente y al pasado, como elemento a su vez, de una superestructura universal o forma, que armoniza al cosmos" (Carreño, 1983, Pág. 59).

Dado que esta investigación es sobre la percepción visual, es necesario dedicar un espacio a su estudio, para así poder comprender lo que es, cómo se da (se ven las etapas del proceso perceptivo), y se incluye un pequeño bosquejo de lo -- que es el ojo humano y su funcionamiento.

Después de esto, se ve la relación que existe entre la -- percepción visual y el alcoholismo, con él fin de establecer una base sólida en la cual se pueda fundamentar este estudio.

### 3.4 GENERALIDADES DE LA PERCEPCION

El término percepción no ha sido definido con un criterio único, sino que el concepto tiene varias acepciones. Se

presenta a continuación la definición que parece más completa y a la vez sencilla, y en la cual ha sido basado el presente trabajo. Esta es la definición de Bartley (1980): "La percepción es la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente o acompaña a las impresiones energéticas - que se producen en los órganos de los sentidos. El aparato sensorial es el mediador entre las actividades que se desarrollan en el interior del organismo y los eventos que tienen lugar en el exterior, tal mediación precede a la utilización" (Pág. 38 y 39).

Así, si se toma en cuenta a dichos fenómenos se encuentra que consisten en:

- 1) El descubrimiento de las energías externas que excitan los sentidos, sean éstas mecánicas, químicas, fóticas, - térmicas o de otro tipo.
- 2) La transformación de las relaciones cuantitativas energéticas en un conjunto de relaciones de cantidad propias - del organismo, agrupamiento de los impulsos nerviosos.
- 3) El establecimiento de nexos entre las pautas específicas de impresión con las señales de patrones previos, en - términos de un código o sistema privativo al organismo como - especie y como organismo particular que está recibiendo una - impresión.

Además, se tiene que el organismo no es un simple espejo del exterior, sino más bien es un ente activo que construye - un mundo propio a partir de una realidad no directamente experimentable, como es la que los físicos llaman energía. Por tanto, al ocuparse de la percepción se estudia lo que el organismo experimenta, no lo que el mundo contiene o su naturaleza (Bartley, Op. Cit.).

Según Forgas (1979) el proceso perceptivo se organiza en 4 etapas, que son:

1.- Energía Física (entrada): La percepción dirige la adaptación del hombre al medio. Por consiguiente, en el medio que lo rodea existirán un conjunto de eventos que pongan en movimiento tal proceso. Las condiciones estimulantes del medio residen en la energía física; ellas proporcionan la energía para la percepción.

2.- Transducción Sensorial: La interpretación de información física en mensajes informativos que el sistema nervioso puede utilizar es llamado proceso de transducción sensorial.

3.- Actividad Intercurrente del Cerebro: Cuando los impulsos nerviosos o patrones de impulsos nerviosos llegan al cerebro, pueden ocurrir dos cosas; el cerebro puede simplemente

te actuar como un relevo y una estación receptora y transmitir la información al sistema de respuesta completando así el acto de la percepción o puede, además, seleccionar, reorganizar y modificar la información antes de transmitirla al sistema de respuesta.

4.- La Experiencia Perceptual o Respuesta (salida): Esta última etapa es simplemente la prolongación de la tercera etapa. La percepción ha ocurrido cuando la persona dice verbalmente o a través de otro índice conductual que ha percibido - propiedades tales como: un color rojo, una línea corta, una cara familiar, una composición musical o la solución de un problema.

Está última etapa que se mencionó es en realidad una tarea compleja que puede dividirse en subtareas. Estas subtareas pueden ser ordenadas en una jerarquía de la más simple a la más compleja, en que cada progresión sucesiva ascendente - en la jerarquía implica la extracción de, progresivamente, - más información de la energía del estímulo. Este orden jerárquico de las segregaciones perceptuales tiene la siguiente secuencia:

1.- La detección de la energía del estímulo (luz) y una discriminación del cambio en la energía del estímulo.

2.- La discriminación de una brillantez unificada o uni-

dad de figuras consideradas como separadas del fondo.

3.- La determinación de detalles finos, que lleva a una figura más diferenciada.

4.- La identificación o reconocimiento de una forma o modelo.

5.- La manipulación de la forma identificada; esto sucede, por ejemplo, en la solución de lo que es la percepción visual (Forgus, Op. Cit.).

Hasta aquí solamente se ha visto lo que es la percepción en general, y cómo es que se da el proceso de la percepción. Esto fue con el fin de poder pasar ahora a ver lo que es la percepción visual.

### 3.5 PERCEPCION VISUAL

Bartley (1980), autor que se mencionó antes dice que: - "La percepción en el adulto es producto de un largo y multilateral desarrollo, siendo ésta una de las cosas más significativas que pueden decirse acerca de la conducta básica, inmediata y discriminativa que relaciona al individuo con su ambiente" (Pág. 129).

Para poder hablar de la percepción visual es necesario saber lo que es la luz, ya que sin ésta no sería posible que se diera el fenómeno de la percepción visual. Se puede decir

que la luz, ya sea emitida por fuentes o reflejada por cuerpos provoca la sensación visual. La luz, en un medio homogéneo (como el aire o el vidrio) se propaga en líneas rectas o rayos que se comportan como los radios de una esfera desde una fuente central común (Cohen, 1979). La luz es un fenómeno primordial para todas nuestras actividades, ya que casi todas están guiadas por la percepción visual, por lo tanto, debemos considerar y valorar la luz como un instrumento muy complejo que ayuda a relacionarse con el ambiente circundante.

Pero así como la luz es imprescindible para la visión, igualmente importante es el ojo, instrumento por medio del cual se perciben los estímulos que la luz y la naturaleza proporcionan. Por la importancia que tiene el ojo humano se pasa ahora a estudiarlo un poco, para comprender su funcionamiento.

### 3.5.1 EL OJO HUMANO

Los ojos son instrumentos vivos para descubrir aquella pequeña fracción del espectro luminoso. El ojo humano es el instrumento sensible a la luz más fino del mundo. Ciertos instrumentos físicos o los ojos de otros organismos pueden ser mejores para partes escogidas del espectro radiante o para tareas especiales, pero ninguno puede igualar la flexibilidad o amplia escala de capacidades del ojo humano, su sensibilidad

a la luz, distinción de brillantez y color, y agudeza de resolución; es decir, sensibilidad al detalle fino. La agudeza del ojo es tan buena en condiciones óptimas, que puede distinguir una línea normal de 6 milímetros de ancho a una distancia de 2,400 metros. Y para distinguir la brillantez y el color, probablemente no tiene igual. Se estima que el ojo normal puede distinguir casi 20,000 colores diferentes. Si se consideran los matices y tonos de cada color, las estimaciones del número de posibles distinciones se eleva a 350,000 (Whittaker, 1977).

Las ondas luminosas atraviesan la córnea, que es la formación externa del ojo y que por su dureza y transparencia protege las partes delicadas de este órgano, a la vez que permite el paso de la luz hacia el interior. La luz atraviesa la cámara anterior, que está llena de un líquido claro más denso que el agua (humor acuoso), y penetra hasta la pupila, que es un diafragma cuya abertura está regulada por el iris, que se abre o cierra para permitir la entrada de la cantidad conveniente de luz. El iris es una lámina opaca y circular que está situada inmediatamente detrás de la córnea. Cuando el iris carece de pigmento, tiene color azul cielo, debido a la difusión selectiva de la luz. Cuando tiene pigmento, el iris tiene color castaño, verde o negro. La pupila, tiene un músculo circular, el esfínter, el cual dilata a la pupila cuando la luz disminuye y la contrae cuando la luz aumenta; el



diámetro pupilar varía de 1 a 8 milímetros (Cohen, 1979).

Una vez traspasada la pupila, la luz llega al cristalino, que es una formación dotada de cierta elasticidad y cuya función es semejante a la que desempeña el lente de una cámara - fotográfica, pues sirve para enfocar el ojo hacia los objetos, según la distancia a que éstos se encuentren, proyectando las ondas luminosas hacia la retina donde son captadas las imágenes visuales. La retina es la superficie sensible a la luz - que recibe la imagen. El área retiniana minúscula que resuelve la imagen con mayor detalle, o fovea, se encuentra en el - eje óptico del ojo. Las imágenes de interés son desplazadas constantemente hacia la fovea por los movimientos del ojo. En la retina se encuentran terminaciones nerviosas de dos tipos: bastones y conos. Los primeros, reciben las impresiones o estímulos luminosos y, los segundos, las sensaciones de color. Los conos y los bastones están distribuidos desigualmente en la retina. Una pequeña zona central, contiene cerca de 50000 conos y ningún bastón. Las zonas alejadas de la fovea, tienen cada vez menos conos y más bastones. Los conos tienen - gran agudeza y ocasionan sensaciones cromáticas y sensaciones acromáticas y son sensibles a estímulos luminosos de alto nivel. Los bastones tienen baja agudeza, ocasionan solamente - sensaciones acromáticas y son sensibles a estímulos luminosos de bajo nivel. Cuando los estímulos han sido recogidos por - la retina, son conducidos por el nervio óptico al cerebro en

forma continua, donde se hacen conscientes las imágenes visuales (Carreño, 1983).

Es verdad que la simple explicación anterior no comprende todos los aspectos del complejo funcionamiento ocular, que incluye cuestiones tan complicadas como la refracción de la luz debida a la forma de la córnea, etc.; pero proporciona un esquema global del proceso óptico.

### 3.5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCION VISUAL

Entre las características más importantes que se dan en el proceso de la percepción visual, se encuentran las siguientes:

1) Resolución y Agudeza: El mecanismo visual humano como todos los sistemas ópticos, tiene un poder de resolución limitado para la detección de estímulos pequeños; el poder de resolución del ojo, denominado agudeza, es peor que el poder de resolución de algunas lentes fotográficas. Los estímulos que tienen detalles no resueltos se perciben como si fueran idénticos a estímulos visuales sin detalles.

2) Atención y Escudriñamiento: El ojo está en movimiento casi constante. Los movimientos gruesos son voluntarios (pueden inhibirse) y examinan la imagen perceptual. Los movimientos

mientos finos son involuntarios (no pueden inhibirse) y compensan la estructura de mosaico de la retina (Cohen, 1979).

Dentro de las propiedades fenomenológicas de la percepción visual, se puede describir a éstas en términos de su apariencia, organización y constancia.

#### APARIENCIA PERCEPTUAL:

Las sensaciones visuales transmiten percepciones visuales simples denominadas Modos de Apariencia con 11 atributos: a) brillantez (o claridad); b) matiz; c) intensidad de color (saturación); d) tamaño; e) forma; f) ubicación; g) - flameo vacilante; h) centelleo; i) transparencia; j) pulimento; y k) lustre.

#### ORGANIZACION PERCEPTUAL:

Las percepciones visuales son todas unitarias y cohesivas, organizadas según principios conocidos. Algunos de estos principios son los siguientes:

a) Las percepciones mismas están organizadas en "figura y campo". La figura está colocada "hacia adelante" del campo que está hacia atrás y la figura está estructurada, con significado. Si el campo no está estructurado, no tiene significado.

b) La percepción organiza las figuras en formas "buenas".

c) La percepción organiza las figuras en grupos.

#### CONSTANCIA PERCEPTUAL:

Las percepciones tienden a ser invariables en muy diversas condiciones: de momento en momento y de lugar en lugar: - por ejemplo, el carbón alumbrado por el sol es "negro" y la - nieve alumbrada por la luna es "blanca", aunque el carbón alumbrado por el sol refleja más luz que la nieve bajo la luna. Las percepciones tienen brillantez, color, tamaño y forma casi fijos e invariables para el observador. La verdad es que cuando se niega la constancia perceptual se niega también la realidad. La constancia perceptual es la tendencia a hacer - que las propiedades de un objeto permanezcan uniformes y sin cambio (Cohen, Op. Cit.).

Con lo dicho antes, se puede pensar que un sujeto alcohólico que ya tiene problemas con su visión seguramente pierde algo de su capacidad para tener constancia perceptual. Probablemente lo que una persona normal ve como un cuadrado, el sujeto alcohólico lo ve como un círculo, y eso nos daría una - pauta para inferir que seguramente ya tiene un daño a nivel - cerebral que le impide ver las cosas como realmente son.

Después de haber hecho un bosquejo sobre la percepción - visual, es necesario incluir una definición del concepto. Es oportuno incluirla en esta parte porque viene a ser una especie de resumen de lo que se habló anteriormente y así podrá - comprenderse mejor. Schenov (1952, en Sokolov, 1982) conside

ró la percepción visual como: "Un complejo de actos fotomotores y reflejos a la luz" (Pág. 43). Y Snyakin (1948, en Sokolov, 1982) agregó: "Un estímulo visual establece una reacción fotoquímica que da lugar al sistema completo de reflejos esenciales para que se forme una imagen en la retina. Estos incluyen el movimiento conjugado de los ojos hacia la luz, - convergencia, acomodación y contracción de la pupila. La iluminación también regula en forma refleja un número de fotorreceptores activos en la retina" (Pág. 52).

Se termina aquí lo que se refiere únicamente a la percepción visual, y a continuación se ven las diferentes alteraciones que existen en la percepción visual y diferencias individuales de la percepción.

### 3.6 ALTERACIONES DE LA PERCEPCION VISUAL Y DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE LA PERCEPCION

En el presente apartado se pretende mostrar los tipos de alteraciones perceptuales que se pueden presentar en algunos estados patológicos o en situaciones de intoxicaciones tóxicas, como es en el alcoholismo.

#### 3.6.1 AGNOSTIAS

Las agnosias son alteraciones de un tipo de percepción y

se acompañan de lesiones cerebrales localizadas y corresponden a alteraciones neurológicas. La agnosia visual ofrece 3 tipos fundamentales:

a) Agnosia a la forma u objeto, en la que el enfermo es incapaz de reconocer los objetos y su forma. En el caso concreto de la escritura, en la que no se identifican los símbolos escritos, se denomina alexia.

b) Agnosia al color, en la que la comparación de un color y otro no puede hacerse y por ello no se pueden diferenciar.

c) Agnosia espacial, en la que el enfermo pierde su capacidad para la captación de la organización espacial. El enfermo puede desorientarse al no poder seguir un itinerario o al no saber volver por un camino aprendido (Bustamante, 1971).

La agnosia táctil o estereognosia puede producirse por déficit del analizador, en la que el enfermo sin anestesia no puede reconocer la intensidad y extensión de las sensaciones táctiles, y realiza mal la discriminación del peso y la localización espacial de los estímulos táctiles. La estereognosia sin alteración del analizador, nos ofrece una alteración en la que no se pueden reconocer los objetos a pesar de que se percibe adecuadamente su forma, dirección, peso, etc. (Bus

tamante, Op. Cit.).

### 3.6.2 ILUSIONES

Las ilusiones constituyen la distorsión o deformidad del objeto percibido. A diferencia de las alucinaciones sí son determinadas por objetos pero se perciben distorsionados o deformados (Bustamante, 1971).

También se puede decir que consiste en una malinterpretación perceptual de las imágenes perceptivas. La naturaleza de las ilusiones obedece particularmente al rasgo que predomina en el estado emocional y a las necesidades del paciente (Kolb, 1981).

En las ilusiones, el sujeto se engaña, no ya en lo que se refiere a alguna o algunas cualidades objetivas, sino respecto al todo del objeto, como en el caso de la persona que en la semioscuridad percibe un movimiento en el espacio de un objeto y que, tratándose de una sábana colgada, la interpreta como la figura de un fantasma con características definidas. En el caso de las ilusiones, existe un objeto que provoca, debido a las circunstancias en que se presenta, una percepción de contenido distinto al objeto del que proviene (Carreño, 1983).

### 3.6.3 ALUCINACIONES

Este apartado y el siguiente se enfocan más a trastornos visuales ya que este trabajo está dedicado a este tipo de percepción.

Las alucinaciones son percepciones sin objetos que las determinan. Su estudio, ofrece una mayor frecuencia de las visuales y con menor frecuencia las auditivas, olfativas, gustativas, táctiles, cinestésicas y motrices.

Se presentan en las alteraciones de los analizadores, por ejemplo, en casos de otitis; y las visuales en las de glaucoma. Son de origen generalizado y no encuentran explicación, ni en la alteración de los analizadores ni en la de los que se produce un estado de pérdida de la conciencia o estado onírico capaz de crearlos. De igual modo, las que acompañan a los estados delirantes como en la esquizofrenia (Bustamante, 1971).

Por otro lado, Kolb (1981) dice: "La alucinación es un trastorno psicosensoorial diferente a la ilusión; en su forma más característica, consiste en una percepción sin objeto. Se considera como producto mental que surge del interior y por ello no se relaciona con ningún estímulo externo" (Pág. 124).



Este autor considera que la angustia a menudo tiene un papel importante en la génesis de las alucinaciones. Estas imágenes alucinadas, que el paciente acepta como realidades, representan la proyección hacia el mundo exterior de necesidades y situaciones psicológicas tales como el cumplimiento de los deseos, el realce de la autoestimación, la crítica, la censura, el sentimiento de culpa, el autocastigo, la satisfacción de los impulsos reprimidos y rechazados, o el deseo de una realidad más satisfactoria (SIC).

En las alucinaciones, no hay circunstancias o condiciones que muevan a engaño y es percibida como real una situación u objeto totalmente inexistentes. Como ejemplo clásico de alucinación se tiene el de los viajeros perdidos en el desierto, que ven agua, vegetación o caravanas, donde sólo hay una superficie arenosa incapaz de sugerir, en condiciones normales, ninguna forma concreta distinta (Carreño, 1983).

#### ALUCINACIONES VISUALES:

Las alucinaciones visuales tienden a ir acompañadas de una cierta obnubilación de la conciencia; en general, se limita a los trastornos cerebrales orgánicos agudos y reversibles. Aparecen muy especialmente en los delirios de las enfermedades infecciosas agudas y de las psicosis tóxicas. Una de las formas más frecuentes del trastorno mental acompañado de imágenes visuales es el Delirium Tremens (Kolb, 1981).

Las alucinaciones visuales son falsas percepciones visuales (visiones) que pueden ser elementales, del grupo de las fortopsias (lucecitas, llamaradas), o complejas (figuras, escenas, dibujos decorativos). Pueden consistir en imágenes inmóviles o en movimiento, e incluso, a veces en espectáculos animados de una transformación caleidoscópica. Las imágenes alucinatorias pueden ser de tamaño natural, minúsculas (alucinaciones liliputenses) o gigantescas (alucinaciones gulliverianas). Tienen un valor semiológico importante las zoopsias - (delirios alcohólicos) y a veces las imágenes tienen un carácter artificial; están aplicadas a las superficies de los objetos, sobre techos o sobre las paredes; otras veces, por el contrario, presentan una perspectiva. Con frecuencia estas visiones son coloreadas, y se acompañan de una tonalidad afectiva eufórica y exaltante (visiones místicas y estados de éxtasis) o apasionada (visiones eróticas). La forma más característica de las alucinaciones visuales es su desarrollo escénico análogo a los sueños (onirismo). Este es particularmente el caso de las confusiones y de los delirios tóxicos (Ey, 1980).

Tanto los errores de los sentidos como las ilusiones, son fenómenos más o menos comunes en la vida mental, a cuya producción contribuyen los procesos afectivos que se operan en los sujetos en que se dan. Por su parte, la alucinación es un fenómeno que se puede considerar anormal y que nada más

se produce en seres intensamente excitados, revelando su aparición la presencia de alteraciones graves del sistema nervioso y el siquismo (Carreño, 1983).

#### 3.6.4 PSEUDOALUCINACIONES

Están desprovistas de los atributos completos de la percepción de los sentidos, debido a que llevan consigo un importante componente representativo o psíquico, que hace que la actividad alucinatoria pueda ser vivida por el alucinado en su imaginación o pensamiento. Es así como muchos enfermos no objetivan en el mundo exterior sus alucinaciones, sino que las experimentan como fenómenos psíquicos raros o extraños (Ey, 1980).

Las pseudoalucinaciones se observan con mayor frecuencia que las alucinaciones y se diferencian de éstas en que el sujeto dice percibir las "dentro de la cabeza", esto es, que no se identifican como objetos exteriores. El sujeto no duda de su realidad. Se dividen en auditivas, visuales, gustativas, táctiles, viscerales, cinésticas, etc. (Bustamante, 1971).

#### PSEUDOALUCINACIONES VISUALES:

Pueden consistir en imágenes mentales involuntarias; en representaciones mentales escénicas en forma de ensañaciones; en imaginaciones intensas y extraordinariamente vivas; final-

mente puede tratarse de ideas o de contenidos de conciencia - automáticos. Estas pseudoalucinaciones visuales dan al alucinado la impresión de vivir de un modo representativo escenas imaginarias, recuerdos, visiones interiores o artificiales (Ey 1980).

### 3.6.5 DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE LA PERCEPCION

Las diferencias de experiencia, de conocimientos, de puntos de vista, de intereses y de actitud emocional hacia los - objetos y fenómenos reales, motivan grandes diferencias individuales de la percepción. Estas se manifiestan en la complejidad, en la exactitud y en la rapidez de la percepción, en - el carácter de su generalización y en su colorido emocional - (Smirnov, 1960).

Los distintos tipos de percepción se forman según los hábitos y costumbres adquiridos en la experiencia y, por tanto, según los sistemas de conexiones temporales que se han creado antes. En unas personas, la percepción se caracteriza por - una mayor integridad, un mayor colorido emocional y un análisis menos profundo (tipo sintético de la percepción). En otras se distingue por su carácter analítico, por una concreción menos manifiesta y una integridad menor (tipo analítico de la percepción). Finalmente, en un tercer tipo de personas las percepciones son concretas, íntegras y al mismo tiempo, -

analíticas (tipo sintético analítico de la percepción) (Smirnov, Op. Cit.).

Las personas del primer tipo prestan más atención a los hechos: las del segundo tipo, a la significación y explicación de los hechos; las del tercer tipo combinan la observación y descripción de los hechos con su explicación. Las marcadas diferencias individuales de la percepción están creadas por el grado de generalización y diferenciación de los sistemas de conexiones temporales formadas anteriormente. Una diferenciación insuficiente de las conexiones temporales conduce a una falta de plenitud y de exactitud de las percepciones que corrientemente se completan con distintas aportaciones subjetivas, lo que se observa con gran frecuencia cuando hay una excitabilidad emocional exagerada en el sujeto (Smirnov, Op. Cit.)

Las deformaciones subjetivas de la percepción también pueden ser consecuencia de la formación de estereotipos anormales, o sea de sistemas de conexiones sólidos, pero poco viables, que cambian con dificultad en las nuevas circunstancias. Estos estereotipos anormales y poco variables se manifiestan en los prejuicios que con frecuencia deforman la percepción y la hacen unilateral (Smirnov, Op. Cit.).

También es importante mencionar que la percepción es dirigida por la atención, el interés, la integración y otros facto

res psíquicos que relacionan el concepto de percepción con los de resultado y utilidad. Además la percepción está determinada por la estructura del objeto que se percibe, por el ambiente que lo rodea, por determinantes psicológicos internos y por determinantes psicológicos externos (Wolff, 1976).

Una vez que se han revisado las alteraciones perceptuales y las diferencias individuales en la percepción visual, se pasa a relacionar lo que es el alcoholismo y la percepción visual.

### 3.7 PERCEPCION VISUAL Y ALCOHOLISMO

La afirmación que definitivamente salta a la vista es la de que el alcohol provoca deterioro a nivel de sistema nervioso, mismo que provoca daños a nivel perceptual.

Por lo que concierne a los problemas que produce el abuso indiscriminado de bebidas alcohólicas en la percepción visual, se tiene a los accidentes viales que dejan pérdidas enormes - tanto en dinero como en vidas humanas; ocurre con frecuencia - que los peatones alcoholizados cruzan o caminan por vías inadecuadas y como consecuencia son arrollados por algún vehículo. Esto lógicamente sucede por las alteraciones que produce el alcohol en el sistema nervioso. Cuántas veces se ha visto en la calle a personas en estado alcohólico que están presentando

alucinaciones y, por lo tanto, le hablan a una de ellas, o a cualquier objeto que tienen enfrente, ya sea una puerta, un foco, un coche, etc., y por lo mismo son causa de burla de todo el que pasa; esto puede suceder cuando el sujeto está en una banqueta o en cualquier otro lugar, pero qué sucede si el sujeto está en media calle y no hay nadie que lo auxilie. Seguramente va a sufrir un accidente que puede ser de consecuencias serias.

Existe otro tipo de accidentes debido al abuso de bebidas alcohólicas y constituye un grupo muy importante: los accidentes laborales. Un pequeño error en la percepción visual a la hora de manejar una máquina de precisión o un aparato peligroso, puede costar la vida del operador; este tipo de accidentes provoca un gasto muy grande ya que gran parte de los accidentes quedan parcial o totalmente incapacitados de por vida, también se produce la pérdida o el daño a equipo, inmuebles e instalaciones. -

Se ha tenido conocimiento de que en países más desarrollados, se han tomado ciertas medidas para la prevención de los problemas mencionados anteriormente, como son el chequeo médico regular de los conductores, la suspensión de licencias de manejo de personas que han tenido o provocado accidentes por su manera de beber. También se utilizan métodos sencillos para determinar la concentración de alcohol en la sangre del con

ductor para así prohibirle el uso del vehículo si se encuentra en estado de ebriedad. Estas medidas deberían también utilizarse en México para prevenir y disminuir los accidentes que - con tanta frecuencia ocurren por la intoxicación provocada por el alcohol.

Habiendo terminado el capítulo, se puede decir que la percepción visual es una de las funciones primordiales del ser humano. Es la función por medio de la cual se tiene contacto - con todo lo que nos rodea, por medio de ella nos integramos de una manera única al mundo exterior. Es un don preciado que - tiene un valor incalculable. Sin la percepción visual habría seres incompletos, aunque no por eso menos humanos; es decir, que no se puede pensar que una persona que está privada de esta función no vale o es menos humana.

Los ojos son unos órganos preciosos, perfectos, incomparables con cualquier máquina.

Por otro lado, la naturaleza del ser humano es muy compleja e incomprensible, y a veces por distintas causas que se conjugan (factores genéticos, hereditarios, psicológicos, económicos, socioculturales, etc.) la persona puede caer en una de - las enfermedades más terribles que han acompañado a la humanidad desde su inicios: el alcoholismo. Esta es una enfermedad atroz que destruye al ser humano en todas sus facetas, ya sea



en el aspecto mental, físico, de relaciones interpersonales, económico, etc. Es el alcoholismo una enfermedad que puede llevar desde una pequeña úlcera hasta sus últimas consecuencias, como lo son los cuadros psiquiátricos, la locura completa, o hasta la muerte.

En el caso de esta investigación no se pretende estudiar todas esas facetas, sino una de las que corresponden al aspecto físico y es la función mencionada anteriormente: la percepción visual.

La percepción visual es un aspecto que ha sido muy poco estudiado en cuanto a su relación con el alcoholismo, pero es necesario tomarlo en cuenta. El alcohol va dañando de una manera lenta, pero gradual, constante, creciente y amenazante. Es un aspecto al que hay que darle la importancia que se merece. Ya se vió la gran cantidad de trastornos que puede acarrear el alcoholismo. También se vieron los diferentes tipos de trastornos de la percepción visual. Si se unen se tiene un daño impresionante a nivel de la visión y a nivel cerebral.

Como se mencionó al comienzo de este capítulo, la teoría psicológica en la que se basó para estudiar los efectos del alcohol en la percepción visual, fue la Teoría de la Gestalt, por su apego al tema y sus principios tan adecuados para la prueba que se utilizó, el Test de Retención Visual de Benton.

Es de esta manera como se pueden relacionar los 3 conceptos principales manejados en el presente estudio: Alcoholismo, Percepción Visual y Teoría de la Gestalt. Se ve, entonces, - que la relación entre los 3 tópicos es clara y sencilla.

Se pasa ahora a analizar la metodología que se llevó a cabo para realizar la investigación.

## CAPITULO CUARTO

### METODOLOGIA

Toda investigación necesita por fuerza apoyarse en una estructura básica compuesta por ciertas condiciones o criterios que vayan diciendo cómo hacer las cosas. Es por esto que se necesita seguir un marco metodológico que indique los parámetros a seguir, de tal manera que los resultados que arroje la investigación sean válidos y confiables. Solamente de esta forma, la investigación aportará algo a la ciencia y será aplicable para la vida práctica. Se pasa, a continuación, a ver esas condiciones o criterios necesarios para el presente estudio.

#### 4.1 JUSTIFICACION

Esta investigación es importante ya que la percepción visual es la función más necesaria para relacionar al individuo con su mundo exterior, ya que es el proceso por medio del cual un organismo recibe o extrae información del mundo circundante, por lo tanto, si esta función se encuentra deteriorada, su relación con el mundo externo estará distorsionada y podría entonces explicar que los individuos no perciban adecuadamente los estímulos.

El presente estudio pudiera servir para la prevención, re

ducción del índice de alcoholismo y como otro factor de diagnóstico, porque al dar a conocer que esta enfermedad provoca deterioro en la percepción, existirá una razón más para prevenir al público en general sobre el abuso del alcohol. Haciéndose públicos los hallazgos obtenidos se previene a la población.

Por otro lado, se podrían evitar accidentes de cualquier índole, si se hicieran exámenes concienzudos acerca del estado en que se encuentra la percepción de la persona y mediante esto, llevar un control estricto entre las personas que manejan, por ejemplo, al otorgar licencias para conducir.

La razón de que se haya escogido el marco teórico gestáltico para esta investigación es que le da mayor importancia a la percepción visual, tema central del estudio.

Finalmente, se desea que al conocer un poco más acerca de la relación percepción visual-alcoholismo, se pueda ayudar en el conocimiento de este grave problema que abarca todas las áreas de la vida de un país y el cual cada vez parece agrandarse más y más; y auxiliar en su prevención, detección y tratamiento, en beneficio tanto del ser humano individual como de la comunidad en general.

#### 4.2 PROBLEMA

La presente investigación pretende ver si: ¿Existe alteración perceptual en individuos alcohólicos (alcohólicos en activo y alcohólicos en rehabilitación), y bebedores sociales?

#### 4.3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

Observar si existen diferencias perceptuales entre individuos alcohólicos en tratamiento de rehabilitación (pasivos), - alcohólicos activos, bebedores sociales y abstemios, utilizando para esto el Test de Retención Visual de Arthur Benton.

Así mismo, se plantean algunos objetivos específicos que son los siguientes:

- a) Evaluar las habilidades perceptuales entre alcohólicos activos y alcohólicos pasivos.
- b) Evaluar las habilidades perceptuales entre alcohólicos activos y bebedores sociales.
- c) Evaluar las habilidades perceptuales entre alcohólicos activos y abstemios.
- d) Evaluar las habilidades perceptuales entre alcohólicos pasivos y bebedores sociales.
- e) Evaluar las habilidades perceptuales entre alcohólicos pasivos y abstemios.

- f) Evaluar las habilidades perceptuales entre bebedores sociales y abstemios.
- g) Establecer los antecedentes de frecuencia, tipo y cantidad de bebida en el grupo de alcohólicos pasivos.
- h) Establecer los antecedentes de frecuencia, tipo y cantidad de bebida en el grupo de alcohólicos activos.
- i) Establecer los antecedentes de frecuencia, tipo y cantidad de bebida en el grupo de bebedores sociales.

#### 4.4 HIPOTESIS

Ho.- No existen diferencias significativas en la percepción visual entre alcohólicos pasivos, alcohólicos activos, bebedores sociales y abstemios.

Hi.- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre alcohólicos pasivos, alcohólicos activos, bebedores sociales y abstemios.

#### HIPOTESIS ALTERNATIVAS:

A) El grupo de individuos alcohólicos activos presenta mayor alteración perceptual que el grupo de alcohólicos pasivos, pero ambos grupos presentan mayor alteración perceptual que el grupo de bebedores sociales, y los tres grupos presentan mayor alteración perceptual que el grupo de abstemios.

De aquí se desprende que:

EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA PERCEPCION VISUAL ENTRE:

- a) Sujetos alcohólicos activos y alcohólicos pasivos.
- b) Sujetos alcohólicos activos y bebedores sociales.
- c) Sujetos alcohólicos activos y abstemios.
- d) Sujetos alcohólicos pasivos y bebedores sociales.
- e) Sujetos alcohólicos pasivos y abstemios.
- f) Sujetos abstemios y bebedores sociales.

#### 4.5 DEFINICION DE TERMINOS

Para facilitar la comprensión de los términos utilizados en esta investigación, es necesario definir cada uno de ellos en dos formas: una definición teórica (aquella que aparece en los diccionarios) y una definición operacional (la que se da para este trabajo).

##### a) DEFINICIONES TEORICAS

**ABSTEMIO:** Que no toma bebidas alcohólicas (Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1979).

**ABSTINENCIA:** Virtud que consiste en privarse parcial o totalmente de la satisfacción de los apetitos (Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1979).

**ABUSO:** Uso indebido, excesivo o injusto (Pequeño Larousse en Color, 1972).

ALCOHOL: Líquido obtenido mediante la destilación del vino y otros licores fermentados, también llamado "Espíritu del Vino" y "alcohol etílico" (Diccionario Pequeño Larousse en Color, - 1972).

ALCOHOLICO: Son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, - así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien que ya presentan los prodromos de tales manifestaciones (O.M.S., 1952 en Velasco, 1985).

ALCOHOLISMO: Excesos y abusos habituales, constitucional o socialmente determinados, con ansia y exigencia por el alcohol, a causa de sus efectos estimulantes, sedantes y sociales (Diccionario de Psicología, 1977).

PERCEPCION: Es la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente o acompaña a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos. El aparato sensorial es el mediador entre las actividades que se desarrollan en el interior del organismo y los eventos que tienen lugar en el exterior (Bartley, 1980).

PERCEPCION VISUAL: Schenov consideró la percepción visual como un complejo de "actos fotomotores" y "reflejos a la luz" (Schenov, 1952 en Sokolov, 1982). Un estímulo visual establece una reacción fotoquímica que da lugar al sistema completo de reflejos esenciales para que se forme una imagen en la retina. Estos incluyen el movimiento conjugado de los ojos hacia la luz, convergencia, acomodación y contracción de la pupila. La ilu-



minación también regula en forma refleja un número de fotorreceptores activos en la retina (Snyakin, 1948 en Sokolov, 1982).

#### b) DEFINICIONES OPERACIONALES

**ABSTEMIO:** Persona que se ha privado de la ingestión de alcohol por lo menos un año.

**ABSTINENCIA:** Privación total del alcohol por lo menos durante el último año.

**ABUSO:** Tomar bebidas alcohólicas por lo menos 3 ó 4 veces a la semana y en una cantidad mayor de:

Vino - 4 copas

Cerveza - 1 litro

Bebidas destiladas -  $\frac{1}{2}$  litro

Pulque - 1 litro

Alcohol -  $\frac{1}{2}$  litro

**ALCOHOL:** Líquido que produce embriaguez y/o dependencia física o psicológica.

**ALCOHOLICO:** Sujeto que llega a depender tanto del alcohol que se provoca daño físico y/o mental, de tal forma que presentan problemas psicológicos, psiquiátricos, sociales o económicos, como los presentados en el capítulo segundo.

**ALCOHOLICO ACTIVO:** Sujeto que haya estado abusando de las bebidas alcohólicas por un lapso de 3 a 5 años, que haya estado hospitalizado para desintoxicación por lo menos 2 veces, que pierda el control de su forma de beber y que haya padecido al-

gún cuadro psiquiátrico provocado por el alcohol, de los mencionados en el capítulo segundo.

**ALCOHOLICO EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION (PASIVO):** Sujeto que haya abusado de bebidas alcohólicas por un lapso mínimo de 5 años y que tenga por lo menos 1 año de abstinencia.

**ALCOHOLISMO:** Enfermedad provocada por el abuso del alcohol que conlleva tanto a la pérdida de bienes materiales, relaciones interpersonales, laborales y puede conducir a la muerte y/o la cura.

**BEBEDOR SOCIAL:** Sujeto que consume habitualmente y/o en ocasiones especiales bebidas alcohólicas, como en fiestas, reuniones o celebraciones.

**PERCEPCION:** Es el acto de tener conocimiento de la existencia de los objetos cuya información la obtenemos por medio de los órganos sensoriales.

**PERCEPCION VISUAL:** Acto de conocer los objetos del mundo externo por medio del sentido de la visión.

#### 4.6 VARIABLES Y CONDICIONES EXPERIMENTALES

La definición de las variables es la siguiente:

Independiente: En este caso es el alcohol, su cantidad, frecuencia y tipo que utilizan los sujetos.

Dependiente: En este caso es la alteración perceptual y su re-

lación con el alcohol, y los datos obtenidos de los cuestionarios (Ver Anexo N°. 3).

Las variables controladas por constancia de las mismas - condiciones fueron sexo y escolaridad.

Las variables que se refieren a edad y nivel socioeconómico estuvieron abiertas.

Por lo que se refiere a las condiciones experimentales o ambientales del estudio fueron de la siguiente manera:

a) Alcohólicos Pasivos: Los instrumentos fueron aplicados en un salón de reuniones de un grupo de Alcohólicos Anónimos de la Colonia San Miguel Chapultepec. Se utilizó un salón de 3 mts. X 10 mts.

b) Alcohólicos Activos: Los instrumentos fueron aplicados en un salón de clases ubicado en el Hospital Regional "1°. de Octubre" del ISSSTE. Los sujetos fueron personas que llegaron intoxicadas al servicio de Urgencias y que cumplieron con los requisitos para poder tomar parte en el estudio. Dichas - características se encuentran en el apartado de Características de la Muestra en este mismo capítulo. El salón que se utilizó fue de 6 mts. X 6 mts.

c) Bebedores Sociales: Los instrumentos fueron aplicados en un salón de clases ubicado en el Hospital Regional "1°. de Octubre" del ISSSTE. Los sujetos fueron personas parientes de

los mismos que cumplieron con los requisitos. El salón que se utilizó fue de 6 mts. X 6 mts.

d) Abstemios: Los instrumentos fueron aplicados en un salón de clase ubicado en el Hospital Regional "1º. de Octubre" del ISSSTE. Se utilizaron pacientes sin enfermedad crónica. - Se utilizó un salón de 6 mts. X 6 mts.

#### 4.7 METODO (DISEÑO DE INVESTIGACION)

El diseño de investigación es la estructura a seguir y su objetivo es dar la respuesta a las preguntas que uno se plantea al inicio del estudio. Existen diferentes tipos de diseños de acuerdo al tipo de investigación que se pretenda hacer. En este caso se utilizó el diseño llamado Ex Post Facto. Kerlinger (1981) define este diseño de la siguiente manera: - "La investigación ex post facto es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" (Pág. 268).

Este diseño se utilizó porque la alteración perceptual - que se estudió ya estaba dada, no se pudo controlar ni modificar, tampoco se pudo usar la asignación aleatoria. Los suje-



Se utilizó un muestreo por cuotas porque de los cuatro - grupos a estudiar se tomó la misma cantidad de sujetos en cada uno de ellos. Esto con la finalidad de tratar de tener la misma probabilidad de errores en todos los grupos (Downie, 1973).

#### **4.8.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS**

A) Cantidad de Sujetos: Se utilizaron 30 sujetos alcohólicos pasivos, 30 sujetos alcohólicos activos, 30 sujetos bebedores sociales y 30 sujetos abstemios, lo que da un total de - 120 sujetos.

B) Procedimiento de Asignación y Selección de los Sujetos: Se seleccionaron únicamente los sujetos que cumplieron los siguientes requisitos: sexo masculino (porque son los que forman la mayor población dentro de los alcohólicos), edad abierta, - nivel socioeconómico abierto y escolaridad mínima de primaria terminada. Por medio de los cuestionarios se rechazaron los - sujetos que habían sufrido golpes fuertes en la cabeza, que tenían enfermedades crónicas (cáncer, epilepsia, etc.) o que hubieran abusado de sustancias tóxicas (marihuana, cemento, gasolina, etc.)

La asignación de los sujetos a los grupos fue de la siguiente manera:

a) Para el grupo de alcohólicos pasivos se utilizaron sujetos que abusaron de las bebidas alcohólicas por lo menos 5 años y que tenían como mínimo de 1 año de abstinencia.

b) Para el grupo de alcohólicos activos se utilizaron sujetos que abusaron de las bebidas alcohólicas por un lapso de 3 a 5 años, que estuvieron hospitalizados para desintoxicación por lo menos 2 veces, que perdían el control en su forma de beber y padecieron algún cuadro psiquiátrico provocado por el alcohol, de los mencionados en el capítulo segundo.

c) Para el grupo de bebedores sociales se utilizaron sujetos - que ingirieron alguna bebida alcohólica durante el último año.

d) Para el grupo de abstemios se utilizaron sujetos que tenían un año de no haber ingerido bebidas alcohólicas, y que no tenían problemas con el alcohol.

Hay que hacer notar que originalmente la muestra era de - 50 sujetos para cada grupo, de tal manera que el número total de sujetos iba a ser 200, pero debido a las dificultades encontradas para obtener a los sujetos se modificó la muestra dejándola en 30 individuos para cada grupo, de tal forma que el total fue de 120 sujetos.

Algunos de los obstáculos hallados fueron los siguientes:

a) Dificultad de encontrar grupos de alcohólicos puros, ya - - sean activos o pasivos.

b) Dificultad en cuanto a tiempo para reunir al grupo de alcohólicos activos.

c) La disponibilidad de los sujetos para cooperar en el estudio.

#### 4.8.1.1 EDAD

La edad fue una variable no controlada ya que no hubo un límite de edad para aceptar o rechazar a los sujetos, sin embargo, descriptivamente es útil saber qué edades fueron las más representativas de los grupos.

a) En el grupo de los abstemios la edad más frecuente que se dio fue de 25 años, representando un 13.33% del grupo que equivale a 4 sujetos. La edad de 32 años se dio en 3 sujetos, representando un 10% de la población.

b) En el grupo de los bebedores sociales la edad que más frecuentemente se encontró fue de 34 años, representando un 13.33% del grupo, que equivale a 4 sujetos; las edades de 26 y 28 años tuvieron una frecuencia de 3 sujetos que representan un 10% cada una de ellas dentro del grupo.

c) El grupo de alcohólicos activos presentó la frecuencia más alta en las edades de 29 y 32 años, con un 10% cada una que representa a 3 sujetos para cada una de esas 2 edades. Las demás edades tuvieron porcentajes bajos.

d) Por lo que se refiere al grupo de los alcohólicos pasivos las edades más frecuentemente encontradas fueron de 25 y 29 años, con un 10% para cada una y con 3 sujetos en cada una de esas 2 edades.

Comparando los 4 grupos se puede observar que la mayor parte de los sujetos se dio entre las edades de 25 a 34 años



(Ver Tabla N°. 1).

#### 4.8.1.2 ESTADO CIVIL

El estado civil de los sujetos de esta investigación no se controló, de tal manera que no se incluyó como una variable que pudiera alterar los resultados. De todos modos se presenta un bosquejo de lo más significativo.

a) Por lo que se refiere al grupo de abstemios, el mayor porcentaje fue de personas casadas con un 46.66% que representa a 14 sujetos.

b) En el grupo de bebedores sociales el mayor porcentaje fue el de los solteros con un 56.66% que equivale a 17 personas.

c) Por lo que se refiere al grupo de los alcohólicos activos, se encontró que los solteros ocuparon el mayor porcentaje con un 40% que equivale a 12 sujetos.

d) En el último grupo, el de los alcohólicos pasivos, el estado civil más frecuente fue el de los solteros, obteniendo un 60% que representa a 18 sujetos (Ver Tabla N°. 2).

#### 4.8.1.3 ESCOLARIDAD

La escolaridad sí fue una variable que se controló, de tal manera que solamente se aceptaron sujetos con la primaria terminada.

Tabla N°. 1  
Distribución de las muestras por edades

Edad	Abstemios		Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol. Pas.	
	frecuen- cia	(%)	frecuen- cia	(%)	frecuen- cia	(%)	frecuen- cia	(%)
17	1	3.33	2	6.66	0	0	1	3.33
18	0	0	0	0	1	3.33	0	0
19	0	0	0	0	1	3.33	0	0
20	1	3.33	0	0	1	3.33	1	3.33
21	2	6.66	1	3.33	1	3.33	0	0
22	1	3.33	1	3.33	1	3.33	1	3.33
23	1	3.33	1	3.33	1	3.33	1	3.33
24	0	0	2	6.66	1	3.33	2	6.66
25	4	13.33	1	3.33	2	6.66	3	10
26	1	3.33	3	10	2	6.66	1	3.33
27	0	0	1	3.33	0	0	2	6.66
28	2	6.66	3	10	2	6.66	2	6.66
29	1	3.33	1	3.33	3	10	3	10
30	1	3.33	1	3.33	2	6.66	2	6.66
31	1	3.33	0	0	1	3.33	0	0
32	3	10	1	3.33	3	10	2	6.66
33	1	3.33	0	0	1	3.33	2	6.66
34	1	3.33	4	13.33	0	0	1	3.33
35	1	3.33	1	3.33	0	0	2	6.66
36	0	0	0	0	1	3.33	1	3.33
37	2	6.66	0	0	0	0	1	3.33
38	0	0	0	0	1	3.33	1	3.33
39	0	0	0	0	1	3.33	0	0
40	0	0	2	6.66	1	3.33	0	0
42	0	0	0	0	2	6.66	0	0
43	1	3.33	1	3.33	0	0	0	0
45	0	0	0	0	1	3.33	0	0
46	1	3.33	0	0	0	0	0	0
47	1	3.33	0	0	0	0	1	3.33
48	1	3.33	1	3.33	0	0	0	0
50	1	3.33	1	3.33	0	0	0	0
51	0	0	1	3.33	0	0	0	0
57	1	3.33	0	0	0	0	0	0
59	0	0	1	3.33	0	0	0	0
Tot.	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabla N°. 2  
Distribución de muestras por estado civil.

Estado Civil	Abstemios		Bebedores Soc.		Alcohól. Act.		Alcohól. Pas.	
	frecuen- cia de sujetos	(%)	frecuen- cia de sujetos	(%)	frecuen- cia de sujetos	(%)	frecuen- cia de sujetos	(%)
Soltero	12	40	17	56.66	12	40	18	60
Casado	14	46.66	11	36.66	10	33.33	7	23.33
Divorc.	1	3.33	2	6.66	3	10	1	3.33
Separado	1	3.33	0	0	3	10	3	10
Viudo	1	3.33	0	0	0	0	0	0
Unión L.	1	3.33	0	0	2	6.66	1	3.33
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

Se estipuló la primaria terminada como condición ya que - no es un Test que requiera de grandes conocimientos por parte de los sujetos.

a) En el grupo de abstemios la escolaridad más frecuente encontrada fue de Universidad Completa con un 36.66% que representa a 11 sujetos, después le siguió la Preparatoria Completa con un 26.66% y 8 sujetos.

b) En el grupo de los bebedores sociales la escolaridad más frecuente fue de Universidad Completa con un 46.66%, equivalente a 14 sujetos; después estuvo la Universidad Incompleta con un 16.66% que equivale a 5 sujetos.

c) Por lo que se refiere al grupo de alcohólicos activos, el mayor porcentaje fue para la Preparatoria Incompleta con un 20% que equivale a 6 sujetos, e igual número y porcentaje se dio en la Universidad Completa.

d) La escolaridad en el grupo de alcohólicos pasivos tuvo su mayor frecuencia en el nivel de Universidad Incompleta con

un 30%, representando a 8 sujetos; después le sigue la Secundaria Incompleta con un 20% que equivale a 6 sujetos (Ver Tabla - N°. 3).

Tabla N°. 3  
Distribución de muestras por escolaridad

Escolaridad.	Abstemios		Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol. Pas.	
	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Pri. C.	1	3.33	0	0	1	3.33	3	10
Sec. I.	0	0	0	0	3	10	6	20
Sec. C.	1	3.33	1	3.33	4	13.33	2	6.66
Pre. I.	2	6.66	3	10	6	20	4	13.33
Pre. C.	8	26.66	4	13.33	5	16.66	2	6.66
Uní. I.	4	13.33	5	16.66	5	16.66	9	30
Uní. C.	11	36.66	14	46.66	6	20	3	10
Postg.	3	10	3	10	0	0	1	3.33
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

#### 4.8.1.4 EDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL

Una vez establecido el patrón de consumo de los diferentes grupos, es importante mencionar otro factor que es el de la edad en que empezaron los sujetos a ingerir bebidas embriagantes, ya que esto puede dar un panorama más completo de las diferencias entre los 3 grupos utilizados.

a) Bebedores Sociales: En este grupo la edad a la que comenzaron a ingerir alcohol va desde los 10 hasta los 34 años. La edad más frecuente que se encontró fue de 15 años para un porcentaje del 20% con 6 sujetos.

b) Alcohólicos Activos: En este grupo la edad a la que comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas va desde los 11 hasta los 21 años. La edad más frecuentemente encontrada fue de 13 años, con un porcentaje de 16.66% para 5 sujetos.

c) Alcohólicos Pasivos: En este grupo, la edad a la que comenzaron a ingerir alcohol va desde los 6 hasta los 19 años. La edad que más frecuentemente se presentó fue de 15 años con un porcentaje del 30% para 9 sujetos.

Parece ser que alrededor de los 15 años fue donde más se dio el comienzo de la ingestión de bebidas alcohólicas (Ver Tabla N°. 4).

Después de haber analizado a los grupos por edad, estado civil, escolaridad y edad en la que comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas, se prosigue a hablar del instrumento utilizado en la investigación.

#### 4.9. DEFINICION DE INSTRUMENTOS

##### A) Cuestionarios:

a) Para el grupo x1 (alcohólicos pasivos) se elaboró un cuestionario basado en otros 3 sobre consumo de alcohol de la O.M.S. (1979) y consiste en 71 preguntas para constatar que los sujetos cumplieron los requisitos necesarios para pertenecer a este grupo, y para determinar el patrón de consumo de los sujetos. Contiene una parte enfocada al aspecto médico pa

Tabla N°. 4  
Edad y Consumo de Alcohol

Edad	Bebedores Sociales frecuencia de sujetos	(%)	Alcohólicos Act. frecuencia de sujetos	(%)	Alcohólicos Pas. frecuencia de sujetos	(%)
6	0	0	0	0	1	3.33
7	0	0	0	0	1	3.33
8	0	0	0	0	1	3.33
9	0	0	0	0	1	3.33
10	1	3.33	0	0	0	0
11	0	0	1	3.33	0	0
12	0	0	4	13.33	2	6.66
13	3	10	5	16.66	2	6.66
14	1	3.33	3	10	6	20
15	6	20	4	13.33	9	30
16	3	10	3	10	2	6.66
17	1	3.33	4	13.33	2	6.66
18	4	13.33	3	10	2	6.66
19	2	6.66	0	0	1	3.33
20	3	10	2	6.66	0	0
21	0	0	1	3.33	0	0
22	2	6.66	0	0	0	0
23	2	6.66	0	0	0	0
25	1	3.33	0	0	0	0
34	1	3.33	0	0	0	0
Tot.	30	100	30	100	30	100

ra controlar que la percepción no esté afectada por traumatismo, drogas o enfermedad.

b) Para los grupos x2 (alcohólicos activos) y x3 (bebedores sociales) se elaboró un cuestionario basado en otros 3 sobre consumo de alcohol de la O.M.S. (1979) y que consiste en 70 preguntas para constatar que los sujetos cumplieron los requisitos necesarios para pertenecer a determinado grupo, y para establecer el patrón de consumo de los sujetos. Contiene una parte enfocada al aspecto médico para controlar que la percepción no esté afectada por traumatismo, drogas o enfermedad.

dad.

c) Para el grupo x4 (abstemios) se elaboró un cuestionario basado en otros 3 sobre consumo de alcohol de la O.M.S. - (1979) y que consiste en 34 preguntas para corroborar que los sujetos eran abstemios, y contiene una parte enfocada al aspecto médico para controlar que la percepción no esté afectada por traumatismo, drogas o enfermedad.

Los cuestionarios en sí no son el instrumento principal para demostrar si la percepción está dañada o no. El instrumento que realmente se ocupa de la percepción es el Test de Retención Visual.

B) Test de Retención Visual de Arthur L. Benton (Revisado):

Se decidió utilizar este test porque se encontraron muchas investigaciones en las que se aplicó el Test Gestáltico Visomotor (Bender) y se buscó otra prueba que solamente estuviera enfocada a la percepción visual. Además, es una prueba que casi no se conoce en México, y por lo tanto, no existen aplicaciones hechas con ella. Por otro lado, es una prueba muy sencilla para aplicar y también para calificar y que puede dar bastante información para el presente trabajo y de esta manera lograr los propósitos y objetivos planteados ante

riormente.

El Test de Retención Visual es un instrumento clínico y de investigación, diseñado para evaluar la percepción visual y las habilidades viso-constructivas. Existen 3 formas alteradas de la prueba (Formas C, D y E). Cada forma consiste en 10 diseños, y cada diseño contiene 1 ó más figuras. El tiempo requerido para la administración de una forma es de cerca de 5 minutos.

Los diferentes modos de administración de la prueba son los siguientes:

Administración A: cada diseño es expuesto durante 10 segundos, seguidos por una reproducción inmediata de memoria - por el sujeto.

Administración B: cada diseño es expuesto durante 5 segundos, seguidos por una reproducción inmediata de memoria - por el sujeto.

Administración C: cada diseño es copiado por el sujeto - con el diseño expuesto a la vista del sujeto.

Administración D: cada diseño es expuesto durante 10 segundos, seguidos por una reproducción de memoria por el sujeto después de un lapso de 15 segundos.

Cualquiera de las 3 formas puede ser usada en cualquier tipo de administración.



En este estudio se utilizó la Administración C porque interesa únicamente la percepción visual.

Administración C: Se le dan al sujeto hojas blancas de papel y un lápiz con goma. Se le dice que se le va a enseñar una tarjeta que contiene 1 ó más figuras, y que él va a copiar el diseño dibujando la figura lo más parecido que pueda con la original. La tarjeta se le da a la vista al sujeto mientras realiza la tarea.

Dos sistemas de puntuación se pueden utilizar para la evaluación de la ejecución del sujeto:

a) Número de Reproducciones Correctas: Da la medida de eficiencia general en la ejecución. Cada diseño es juzgado en una o ninguna base y le es dado un puntaje de 1 ó 0; por lo tanto, el rango de puntuación posible de una sola forma de la prueba es de 0 a 10.

Los principios para la puntuación de cada diseño de las formas C, D y E, vienen ejemplificados en el manual de la prueba (pp. 12 a 41).

b) Puntuación Incorrecta: Lleva la cuenta de los tipos específicos de errores hechos por el sujeto. Este sistema de evaluación clasifica los errores por tipo y nos da un resulta

do total de puntuación incorrecta; además de dar una medida de eficiencia general de ejecución, facilita el análisis de las características cualitativas de la evaluación del sujeto.

Los tipos específicos de errores que pueden ser hechos han sido agrupados en 6 categorías: Omisiones, Distorsiones, Perseverancias, Rotaciones, Desplazamientos y Errores de Tamaño. Para ver cada tipo de error hay que consultar el manual en las páginas 4 a 11.

Además de los 6 tipos de errores que se califican en la prueba, existen otros datos que son indicadores de lesión cerebral que se consideran importantes y por lo mismo hay que tomarlos en cuenta. Estos indicadores se mencionan en el "Test Gestáltico Visomotor" de Laretta Bender (1975). No se utilizó ese test, pero el instrumento aplicado en esta investigación es sumamente parecido a él, tienen las mismas bases y los mismos principios.

En total, los indicadores son los siguientes:

- 1) Dificultad de cierre.
- 2) Dificultad de angulación.
- 3) Conversión (distorsión).
- 4) Simplificación (distorsión).
- 5) Rotación.
- 6) Tamaño (macropsia o micropsia)

- 7) Omisión.
- 8) Falta de control motor (temblor).
- 9) Enmarcamiento.
- 10) Desintegración (distorsión).
- 11) Perseveración.
- 12) Repaso de líneas.
- 13) Desplazamiento.
- 14) Dificultad de ondulación.

Hay que mencionar que no todos los indicadores se encuentran presentes en las figuras, ni tampoco todos los principios de la Gestalt rigen a todas las figuras, pero esto se menciona en el capítulo de resultados.

Con el fin de apoyar la validez de la prueba están los estudios de: Zwaan y colaboradores (1967), que reportaron un coeficiente de correlación de 0.79 a 0.84 entre las 3 formas (C Vs. D; C Vs. E; D Vs. E) para la administración A; Brasfield (1971) aplicó la administración C a 194 niños de preescolar en 2 ocasiones con intervalo de 4 meses y encontró una correlación de 0.75 entre las 2 aplicaciones. Brown y Rice (1976) y Rice (1968) no encontraron diferencias en el nivel de dificultad entre las 3 formas, cuando éstas fueron dadas bajo la administración C, en grupos de niños con retraso mental (Benton, 1974).

Hay que aclarar que no se encontraron antecedentes de - que esta prueba haya sido aplicada en México, por lo que se - hace referencia únicamente a investigaciones extranjeras.

Por otro lado, se ha observado que en algunos libros se menciona que los Tests No-Verbales están más exentos de in- - fluencia cultural, como en la siguiente cita de un libro de - Thorndike (1982): "Se han hecho varios intentos para elabo- rar tests que estén exentos de la influencia cultural, o que, por lo menos, controlan la influencia de la cultura. Estos - están estrechamente relacionados con los Tests No-Verbales y de Ejecución, porque un test exento de influencia cultural es casi necesariamente, de carácter no verbal, y también ha de - estar exento de cualquier cultura en particular" (Pág. 182). A pesar de esto, se sabe que este no es el caso en todas las pruebas, y por lo menos, en el caso del Test de Retención Vi- sual de Benton, se ha visto que la misma prueba aplicada a ni ños norteamericanos y niños peruanos no da los mismos resulta dos ya que éstos últimos puntúan más bajo (Benton, 1974) y - por tanto, dado que no hay suficientes pruebas que aportan pa ra demostrar que el Test de Retención Visual está exento de - influencia cultural, se consideró necesario efectuar un peque ño piloteo de la prueba para constatar que realmente discrimi na entre una percepción alterada y una no alterada.

#### 4.9.1 DEFINICION DE PERSONAL

Fueron dos las personas que participaron en la aplicación de cuestionarios y pruebas, las autoras del trabajo. Para minimizar la influencia del personal en los resultados, una persona aplicó los cuestionarios y la otra aplicó las pruebas. Las dos personas fueron del sexo femenino y pasantes de la carrera de Psicología.

#### 4.10 PROCEDIMIENTO

Los pasos que se siguieron para realizar la presente investigación en lo que se refiere a la parte práctica fueron los siguientes:

1º.) Para comenzar esta investigación se realizó un piloteo del Test de Retención Visual. Un piloteo es utilizar el instrumento principal de una investigación, pero con un grupo pequeño de sujetos que presentan ciertas características de tal manera que el primero llamado "grupo control" difiera en los resultados con el otro grupo. De esta manera se puede conocer si el instrumento es sensible a esas diferencias o características y conocer así si el instrumento sirve para una determinada población. El piloteo se hizo con 40 sujetos: 20 sujetos que tuvieron alterada la percepción visual y que esta alteración (daño cerebral) fuera diagnosticada por un mé

dico, un neurólogo o un psiquiatra. Los sujetos fueron seleccionados de un hospital. El otro grupo constó de 20 sujetos que no tuvieron diagnóstico de daño cerebral. Después de haber realizado la aplicación de la prueba, se compararon los resultados de ambos grupos para saber si los resultados de la prueba coincidían con los diagnósticos efectuados por los médicos. Se aplicó una prueba estadística, la Chi Cuadrada, para dos muestras, con el fin de demostrar estadísticamente que sí hay diferencias significativas en los dos grupos.

2°. ) Aplicación de los cuestionarios para determinar qué sujetos fueron aceptados y cuáles fueron rechazados.

3°. ) Una vez obtenido el número de sujetos necesarios para la investigación, por medio de los cuestionarios se obtuvo el patrón de consumo de alcohol.

4°. ) Aplicación del Test de Retención Visual de Benton.

5°. ) Calificación del Test de Retención Visual de Benton.

6°. ) Análisis estadístico para la obtención de los resultados.

7°. ) Rechazo o aceptación de las hipótesis.

#### 4.11 RESULTADOS

Dado que las muestras son independientes porque pertenecen a 4 grupos diferentes, se utilizó la prueba a Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) para k muestras independientes con el fin de determinar la significación de las diferencias entre k grupos inde-

pendientes. También se usó la prueba para 2 muestras independientes cuando solamente relacionamos o comparamos a 2 grupos entre sí. (Estadística No Paramétrica).

La prueba fue de 2 colas, ya que interesó únicamente determinar si existían o no diferencias perceptuales entre los 4 grupos, y no si esas diferencias eran mayores o menores.

En esta investigación se utilizó un nivel de significancia de 0.05 de manera que se tuvo un criterio estricto, pero no demasiado amplio (Siegel, 1985). Como la prueba fue de 2 colas, el nivel de significancia se dividió en 2, de tal manera que éste fue de 0.025 para cada cola (Mendenhall, 1978).

Después de abordar el marco metodológico y de dar a conocer las condiciones experimentales del mismo, se pasa al siguiente capítulo donde se encuentran los resultados y todo el trabajo estadístico necesario para probar las hipótesis y poder llegar entonces a algunas conclusiones.

## CAPITULO QUINTO

### RESULTADOS

- 5.1 PILOTEO
- 5.2 TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON
- 5.3 INCIDENCIA DE TRASTORNOS VISUALES EN LA MUESTRA
- 5.4 PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL.

Para obtener conclusiones con respecto a esta investigación, fue necesario, en primera instancia, establecer un marco metodológico que permitiera a través de los resultados, someter a juicio las hipótesis planteadas en el capítulo anterior, mismas que fueron rechazadas o aceptadas según el caso. Por esto, en el presente capítulo se observan los resultados arrojados por la investigación, mismos que permiten tener un conocimiento global y específico del comportamiento de la muestra.

#### 5.1. PILOTEO

El piloteo es un estudio pequeño que se hace antes de una investigación cuando se quiere demostrar o comprobar que el instrumento de medición que se va a utilizar es confiable. En este trabajo fue necesario realizar este estudio porque el Test de Retención Visual no es conocido en México, y no hay investigaciones que apoyen su eficacia, y además se quería



ver qué tanto medía el instrumento, para de esta manera poder se apoyar en él. Este instrumento determina en qué casos hay daño cerebral y cuándo no hay. Llevando a cabo este piloteo se quiso demostrar su eficacia, y poder así, seguir este trabajo, sabiendo que el Test iba a ser útil a los propósitos - planteados.

#### 5.1.1 TEST DE RETENCION VISUAL Y MUESTRAS

Para el piloteo de la prueba fueron utilizados 40 sujetos: 20 con daño cerebral diagnosticado por un neurólogo, que fueron tomados del Hospital Regional "1º. de Octubre" del - - ISSSTE y 20 sujetos sin diagnóstico de daño cerebral, tomados de la población en general. Se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrada para dos muestras, para demostrar que sí existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Al grupo sin daño cerebral se le llamó "grupo control" - (grupo 1) y al grupo con daño cerebral se le llamó "grupo experimental" (grupo 2). Para la parte estadística únicamente se tomó en cuenta el total del puntaje correcto, ya que en esta calificación solo se toma en cuenta si hubo error o no, es decir que cuenta como 1 ó como 0, lo cual permite hacer un - cálculo de lo que los sujetos puntúan (frecuencia observada) y de lo que se espera que puntúen (frecuencia esperada), en - cambio, si se toma en cuenta el puntaje incorrecto, como un -

mismo sujeto puede tener una cantidad elevada de errores en una sola figura, no se podría calcular la calificación esperada.

a) Grupo Control:

En el grupo control (grupo 1) se encontró que predominó el sexo femenino con un 55% que equivale a 11 sujetos, mientras que el sexo masculino obtuvo un 45% con 9 sujetos (Ver Tabla N°. 5). Por lo que se refiere a la edad, la menor fue de 17 años y la mayor fue de 59 años, pero las edades que más se dieron fueron los 25 y los 27 años con un 15% para cada una de ellas, que equivale a 3 sujetos, y también los 26 y 29 años con un 10% para cada una de ellas, que equivale a 2 sujetos por edad. Los anteriores datos indican que el 50% de la muestra cae entre los 25 y los 29 años (Ver Tabla N°. 6).

Tabla N°. 5

Distribución de la muestra por sexo

sexo	frecuencia de sujetos	porcentaje (%)
masculino	9	45
femenino	11	55
Total	20	100

Tabla N°. 6

Distribución de la muestra por edades

edad en años	frecuencia de sujetos	porcentaje ( % )
17	1	5
20	1	5
23	1	5
25	3	15
26	2	10
27	3	15
29	2	10
30	1	5
32	1	5
33	1	5
36	1	5
39	1	5
56	1	5
59	1	5
Total	20	100

Por lo que se refiere a la prueba, un sujeto puede tener una calificación máxima de 10 y una mínima de 0, ya que son 10 láminas y cada una cuenta como 1 ó 0; como participaron 20 sujetos en el grupo, se pueden obtener un total de 200 puntos correctos, pero en este caso, sumando todos los puntos correctos de los 20 sujetos, se tuvo un total de 170 puntos; el 45% de la muestra que corresponde a 9 sujetos obtuvo las 10 calificaciones correctas, y por lo tanto, casi la mitad de la muestra cayó en esta calificación. El 20% de la muestra, o sea 4 sujetos, tuvieron calificación de 7, y el 15% que equivale a 3 sujetos obtuvo calificación de 8. De esta manera se puede observar que la mayor parte de la muestra obtuvo calificación de 7 o más (Ver Tabla N°. 7).

Tabla N°. 7

Distribución de puntaje correcto (grupo control)

calificación obtenida	frecuencia de sujetos	total de puntos correctos	porcentaje ( % )
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	4	5
5	0	0	0
6	1	6	5
7	4	28	20
8	3	24	15
9	2	18	10
10	9	90	45
Total	20	170	100

b) Grupo Experimental:

En el grupo experimental (grupo 2) se encontró que predominó el sexo masculino con un 55% que equivale a 11 sujetos, y el sexo femenino obtuvo un 45% que representa a 9 sujetos - (Ver Tabla N°. 8). Por lo que se refiere a la edad, la menor fue de 20 años y la mayor de 59 años, pero las edades que más frecuentemente se dieron fueron de 20, 32, 39, 49 y 50 años, con un 10% para cada una de ellas que equivale a 2 sujetos para cada edad (Ver Tabla N°. 9).

Tabla N°. 8  
Distribución de la muestra por sexo

sexo	frecuencia de sujetos	porcentaje ( % )
masculino	11	55
femenino	9	45
Total	20	100

Tabla N°. 9

Distribución de la muestra por edades

edad en años	frecuencia de sujetos	porcentaje (%)
20	2	10
21	1	5
22	1	5
28	1	5
30	1	5
33	2	10
35	1	5
36	1	5
38	1	5
39	2	10
40	1	5
49	2	10
50	2	10
52	1	5
59	1	5
TOTAL	20	100

Recuérdese que el grupo experimental es el grupo de sujetos que presentan daño cerebral. Dentro de este conjunto, se encontró que la mayor incidencia fue de sujetos con secuelas de Traumatismo Craneoencefálico con 6 personas que representan un 30% de la muestra. El 20% de la muestra (4 sujetos) correspondió a Cisticercosis, y el 15% (3 sujetos) correspondió a Accidente Vascular Cerebral, por lo tanto, las 3 clasificaciones anteriores acaparan el 65% de la muestra (Ver Tabla N°. 10).

En el grupo experimental el total de puntos correctos (aciertos) fue de 118; solamente un 5% de la muestra que equivale a 1 sujeto obtuvo las 10 calificaciones de 9, y otro 20% obtuvo calificación de 5; un 15% (3 sujetos) obtuvo 6 de cali

ficación, y otro 15% logró calificación de 4. También un 10% de la muestra obtuvo 3 de calificación, y otro 10% (2 sujetos) obtuvo 7 de calificación. De aquí se puede notar que la mayor parte de los sujetos, un 70% tuvo calificaciones que están entre 3 y 7 (Ver Tabla N°. 11).

Tabla N°. 10

Distribución de la muestra por tipo de daño cerebral

Tipo de daño	frecuencia de sujetos	porcentaje ( % )
Cisticercosis	4	20
Secuela de Traumatismo Craneoencefálico	6	30
Accidente Vascular Cerebral	3	15
Secuela de Encefalitis	1	5
Tumor Cerebral	2	10
Secuela de Balazo	1	5
Arterioesclerosis	1	5
Epilepsia	1	5
Secuela de Meningitis	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Tabla N°. 11

Distribución de puntaje correcto (grupo experimental)

calificación obtenida	frecuencia de sujetos	total de puntos correctos	porcentaje ( % )
1	0	0	0
2	1	2	5
3	2	6	10
4	3	12	15
5	4	20	20
6	3	18	15
7	2	14	10
8	0	0	0
9	4	36	20
10	1	10	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Para poder comparar los resultados de los 2 grupos, se reproduce la columna de "calificación obtenida" y la columna de "porcentaje" de ambos grupos.

Se puede notar que los porcentajes de aciertos en el grupo control se acumulan en las calificaciones más altas, de 7 a 10, mientras que en el grupo experimental, se acumulan entre 3 y 7. De esta manera se nota que la ejecución fue mejor en el grupo control (Ver Tabla N°. 12).

Tabla N°. 12

Comparación de calificaciones en ambos grupos

calificación obtenida (aciertos)	grupo control porcentaje (%)	grupo experimental porcentaje (%)
1	0	0
2	0	5
3	0	10
4	5	15
5	0	20
6	5	15
7	20	10
8	15	0
9	10	20
10	45	5
Total	100	100

Una vez que han sido descritas las dos muestras del piloto, hay que comparar los datos obtenidos por medio de la Chi Cuadrada y ver así la significancia de los resultados.

Hay que recordar que el grupo 1 es de sujetos sin daño cerebral (grupo control) y el grupo 2 es el de sujetos con da

fic cerebral (grupo experimental).

El grupo 1 obtuvo 170 puntos correctos o aciertos y para alcanzar la cifra máxima que se puede obtener, que es de 200, faltan 30 puntos. El grupo 2 obtuvo 118 puntos correctos y - le faltan 82 para llegar al número máximo, 200. Como se mencionó con anterioridad, únicamente se tomó en cuenta el número de errores. Por lo tanto, la Chi Cuadrada queda como sigue:

	Aciertos (observado)		
grupo 1	170	30	200
grupo 2	118	82	200
total	288	112	400

	Aciertos (esperado)		
grupo 1	144	56	200
grupo 2	144	56	200
total	288	112	400

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

o = frecuencias observadas

e = frecuencias esperadas

$$x^2 = \frac{(170 - 144)^2}{144} + \frac{(30 - 56)^2}{56} + \frac{(118 - 144)^2}{144} + \frac{(82 - 56)^2}{56}$$

$$x^2 = 4.694 + 12.071 + 4.694 + 12.071$$

$$\underline{x^2 = 33.53}$$

$$\text{Grados de Libertad} = (r - 1)(c - 1)$$

$$gl = (2 - 1)(2 - 1)$$

$$\underline{gl = 1}$$



Para 1 gl y un nivel de 5% que vale 5.023, la  $\chi^2$  es mayor (33.53), por lo que se comprueba que el resultado sí es estadísticamente significativo, de tal manera que sí hay una diferencia en cuanto a percepción visual entre el grupo con daño cerebral y el grupo que no está dañado. De esto se concluye que el Test de Retención Visual sí discrimina entre daño y no daño cerebral, y por lo tanto, sí es útil para el objetivo de esta investigación, que es ver si existen o no diferencias perceptuales entre individuos alcohólicos en tratamiento de rehabilitación (pasivos), alcohólicos activos, bebedores sociales y abstemios.

## 5.2 TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON

Centrándose directamente en los resultados obtenidos en el Test de Retención Visual, se prosigue a hacer, en primer lugar una comparación de los porcentajes de sujetos que fallaron en alguna de las figuras en cada grupo, es decir, los sujetos que tuvieron errores en alguna de las 10 figuras. Esto es con el fin de tener un panorama que permita ver las diferencias en cuanto a ejecución de cada grupo. Así, pues, en un histograma es como se presentan dichos porcentajes. En el eje "f" se marca el porcentaje de sujetos que cometieron errores, y el en "x" se marcan tanto los grupos como el número de figura.

Toda la información presentada se encuentra en el Histograma General de Frecuencia que está en la página siguiente.

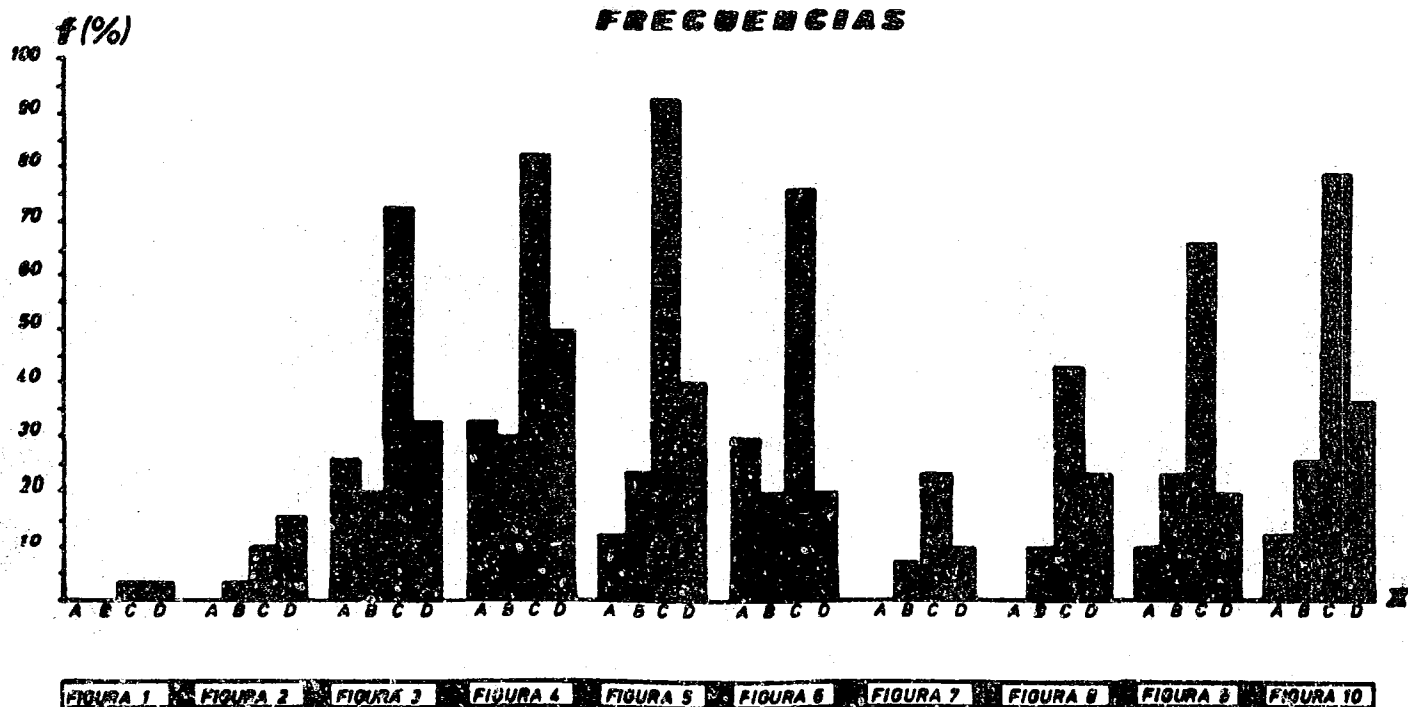
#### 5.2.1 ANALISIS DE LAS FIGURAS

Para ser un poco más explícitos en cuanto al tipo de errores que los sujetos cometieron en las figuras, se va a detallar ese punto. Se menciona nuevamente el tipo de errores que pueden aparecer en cada figura, así como la ley o principio de la Gestalt que rige a la figura. También aparece el grupo de sujetos y el porcentaje de sujetos con errores.

Figura N°. 1: Regida por la Ley de Pregnancia (Tabla N° 13).

# TEST DE RETENCION VISUAL

## HISTOGRAMA GENERAL DE



**Observaciones:**

- ⊙ EL TEST DE RETENCION VISUAL CONSTA DE 10 REACTIVOS, LOS CUALES SE REPRESENTAN GRAFICAMENTE POR NUMERO DE FIGURA.
- ⊙ f = PORCENTAJE DE SUJETOS CON ERRORES EN LA EJECUCION DEL TEST.
- X° INTERVALOS DE CLASE : A = ABSTENIOS; B = BEBEDORES SOCIALES; C = ALCOHOLICOS ACTIVOS; D = ALCOHOLICOS PASIVOS. NOTA: INTERVALOS CONSTANTES. (X = 30 SUJETOS).

Tabla N°. 13

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 86.66%	80%	16.66%	10%
Dificultad de Angulación 63.33%	63.33%	13.33%	3.33%
Conversión (Distorsión) 6.66%	3.33%	0	0
Simplificación (Distorsión) 10%	6.66%	0	0
Rotación 50%	20%	10%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 83.33%	43.33%	10%	10%
Falta de Control Motor (Temblor) 80%	23.33%	13.33%	10%
Enmarcamiento 3.33%	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 10%	0	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 36.66%	13.33%	10%	10%
Desplazamiento 70%	30%	20%	13.33%

Figura N°. 2: Regida por la Ley de Pregnancia y la Ley de -  
Constancia de la Forma (Tabla N°. 14).

Tabla N°. 14

Alcohol. Act.	Alcohol. Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 73.33%	70%	26.66%	20%
Dificultad de Angulación 56.66%	50%	16.66%	0
Conversión (Distorsión) 20%	0	0	0
Simplificación (Distorsión) 13.33%	6.66%	0	0
Rotación 50%	23.33%	10%	0
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 76.66%	43.33%	16.66%	6.66%
Falta de Control Motor (Temblor) 83.33%	23.33%	16.66%	6.66%
Enmarcamiento 10%	3.33%	0	0
Desintegración (Distorsión) 10%	3.33%	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 66.66%	30%	20%	10%
Desplazamiento 56.66%	36.66%	20%	10%

Figura N°. 3: Regida por la Ley de Pregnancia y la Ley de -  
Proximidad (Tabla N°. 15).

Tabla N°. 15

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 63.33%	60%	20%	16.66%
Dificultad de Angulación 60%	43.33%	20%	10%
Conversión (Distorsión) 30%	3.33%	0	0
Simplificación (Distorsión) 23.33%	13.33%	0	0
Rotación 40%	23.33%	13.33%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 76.66%	26.66%	10%	3.33%
Omisión 30%	13.33%	3.33%	0
Falta de Control Motor (Temblor) 80%	60%	23.33%	10%
Enmarcamiento 16.66%	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 10%	3.33%	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Lineas 53.33%	26.66%	20%	16.66%
Desplazamiento 6.66%	40%	23.33%	13.33%

Figura N°. 4: Regida por la Ley de Pregnancia, la Ley de Proximidad y la Ley de Constancia de la Forma (Tabla N°. 16).

Tabla N°. 16

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 53.33%	40%	16.66%	10%
Dificultad de Angulación 60%	36.66%	13.33%	3.33%
Conversión (Distorsión) 33.33%	10%	0	0
Simplificación (Distorsión) 20%	10%	0	0
Rotación 26.66%	13.33%	6.66%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 70%	33.33%	23.33%	10%
Omisión 33.33%	20%	0	0
Falta de Control Motor (Temblor) 70%	60%	16.66%	6.66%
Enmarcamiento 13.33%	3.33%	0	0
Desintegración (Distorsión) 16.66%	0	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 50%	30%	23.33%	13.33%
Desplazamiento 53.33%	26.66%	10%	3.33%
Dificultad de Ondulación 20%	3.33%	3.33%	0

Figura N°. 5: Regida por la Ley de Pregnancia y la Ley de -  
Proximidad (Tabla N°. 17).

Tabla N°. 17

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 66.66%	43.33%	20%	13.33%
Dificultad de Angulación 56.66%	36.66%	13.33%	10%
Conversión (Distorsión) 30%	6.66%	0	0
Simplificación (Distorsión) 13.33%	3.33%	0	0
Rotación 30%	26.66%	3.33%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 53.33%	36.66%	26.66%	10%
Omisión 40%	20%	3.33%	0
Falta de Control Motor (Temblor) 70%	53.33%	26.66%	6.66%
Enmarcamiento 10%	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 13.33%	6.66%	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 40%	40%	20%	10%
Desplazamiento 36.66%	20%	6.66%	3.33%
Dificultad de Ondulación 80%	66.66%	30%	13.33%



Figura N°. 6: Regida por la Ley de Pregnancia y la Ley de Proximidad (Tabla N°. 18).

Tabla N°. 18

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 56.66%	46.66%	13.33%	6.66%
Dificultad de Angulación 56.66%	40%	10%	3.33%
Conversión (Distorsión) 40%	26.66%	0	0
Simplificación (Distorsión) 23.33%	13.33%	3.33%	0
Rotación 26.66%	23.33%	10%	6.66%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 60%	43.33%	23.33%	13.33%
Omisión 46.66%	20%	0	0
Falta de Control Motor (Temblor) 73.33%	50%	30%	10%
Enmarcamiento 13.33%	3.33%	0	0
Desintegración (Distorsión) 13.33%	3.33%	0	0
Perseverancia 10%	3.33%	0	0
Repaso de Líneas 63.33%	43.33%	16.66%	13.33%
Desplazamiento 43.33%	30%	6.66%	6.66%

Figura N°. 7: Regida por la Ley de Pregnanca (Tabla N°. 19)

Tabla N°. 19

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 53.33%	33.33%	10%	10%
Dificultad de Angulación 50%	33.33%	3.33%	3.33%
Conversión (Distorsión) 30%	13.33%	0	0
Simplificación (Distorsión) 30%	10%	0	0
Rotación 23.33%	16.66%	3.33%	0
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 53.33%	43.33%	20%	16.66%
Omisión 33.33%	16.66%	0	0
Falta de Control Motor (Temblor) 60%	40%	6.66%	3.33%
Enmarcamiento 10%	3.33%	0	0
Desintegración (Distorsión) 26.66%	10%	0	0
Perseverancia 6.66%	0	0	0
Repaso de Líneas 56.66%	40%	13.33%	6.66%
Desplazamiento 33.33%	20%	10%	0
Dificultad de Ondulación 16.66%	10%	0	0

Figura N°. 8: Regida por la Ley de Pregnancia (Tabla N°. 20)

Tabla N°. 20

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 50%	26.66%	13.33%	10%
Dificultad de Angulación 56.66%	40%	16.66%	3.33%
Conversión (Distorsión) 36.66%	23.33%	3.33%	3.33%
Simplificación (Distorsión) 23.33%	10%	0	0
Rotación 30%	16.66%	6.66%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 46.66%	33.33%	16.66%	6.66%
Omisión 23.33%	13.33%	3.33%	0
Falta de Control Motor (Temblor) 56.66%	46.66%	13.33%	6.66%
Enmarcamiento 0	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 16.66%	6.66%	0	0
Perseverancia 3.33%	0	0	0
Repaso de Líneas 43.33%	33.33%	10%	6.66%
Desplazamiento 26.66%	13.33%	0	0

Figura N°. 9: Regida por la Ley de Pregnancia y la Ley de Proximidad (Tabla N°. 21)

Tabla N°. 21

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 36.66%	20%	3.33%	0
Dificultad de Angulación 63.33%	43.33%	10%	0
Conversión (Distorsión) 26.66%	16.66%	0	0
Simplificación (Distorsión) 23.33%	3.33%	0	0
Rotación 16.66%	16.66%	6.66%	3.33%
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 50%	36.66%	20%	13.33%
Omisión 26.66%	10%	0	0
Falta de Control Motor (Temblor) 53.33%	46.66%	16.66%	6.66%
Enmarcamiento 3.33%	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 10%	3.33%	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 56.66%	33.33%	20%	13.33%
Desplazamiento 30%	10%	0	3.33%
Dificultad de Ondulación 20%	10%	3.33%	3.33%

Figura N°. 10: Regida por la Ley de Pregnancia, la Ley de Proximidad y la Ley de Constancia de Forma (Tabla N°. 22).

Tabla N°. 22

Alcohólicos Act.	Alcohol.Pas.	Bebedores Soc.	Abstemios
Dificultad de Cierre 46.66%	33.33%	10%	3.33%
Dificultad de Angulación 30%	26.66%	6.66%	0
Conversión (Distorsión) 23.33%	13.33%	0	0
Simplificación (Distorsión) 16.66%	0	0	0
Rotación 10%	10%	3.33%	0
Tamaño (Macropsia - Micropsia) 66.66%	50%	26.66%	10%
Omisión 23.33%	6.66%	0	0
Falta de Control Motor (Temblor) 46.66%	30%	13.33%	10%
Enmarcamiento 0	0	0	0
Desintegración (Distorsión) 3.33%	3.33%	0	0
Perseverancia 0	0	0	0
Repaso de Líneas 43.33%	26.66%	16.66%	6.66%
Desplazamiento 36.66%	20%	3.33%	0
Dificultad de Ondulación 23.33%	13.33%	6.66%	6.66%

De acuerdo a lo anterior se puede notar que hubo ciertos indicadores que aparecieron con mayor frecuencia que otros, - dependiendo del grupo de sujetos. En el grupo de alcohólicos activos los más comunes fueron: Dificultad de Cierre, Dificultad de Angulación, Tamaño, Falta de Control Motor y Desplazamiento. En el grupo de alcohólicos pasivos: Dificultad de Cierre, Dificultad de Angulación, Falta de Control Motor y Repaso de Líneas. Por lo que toca al grupo de bebedores sociales hubo: Dificultad de Cierre, Tamaño, Repaso de Líneas y Falta de Control Motor. En lo referente al grupo de abstemios: Dificultad de Cierre y Repaso de Líneas.

En todos los grupos hubo errores, pero no en todos se - dieron con la misma frecuencia. También hubo algunos como - Perseverancia que nunca aparecieron ni el grupo de bebedores sociales ni en el de abstemios.

Después de estos cuadros comparativos sobre los tipos de errores de cada grupo, se prosigue a analizar los resultados desde el punto de vista estadístico.

### 5.3 INCIDENCIA DE TRASTORNOS VISUALES EN LA MUESTRA

El hecho de utilizar el Test de Retención Visual fue - porque no es una prueba conocida y, por lo mismo, la información y los resultados pudieran estar menos contaminados, ya -

que utilizando una prueba conocida es difícil tener un criterio uniforme ya que existen muchas maneras conocidas de aplicación y de interpretación.

Los resultados arrojados por los cuatro grupos en el -- Test, simplemente indican cifras aisladas, sin significación real y que no dicen mucho, por tal razón, para ser más objetivos y concretos se decidió realizar un análisis estadístico -- de tal manera que se pudieran comparar los resultados de los diferentes grupos. Para esto, se hicieron los distintos cruces entre todos y cada uno de los grupos, de tal manera que -- se obtuvieron 7 comparaciones.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ), pues es un método sencillo que sirve para determinar si existen o no diferencias entre los grupos, de acuerdo a las frecuencias o resultados observados y frecuencias esperadas.

Al igual que se hizo en el piloteo, solamente se usaron los aciertos o puntaje correcto como frecuencia observada y -- poder así, calcular la frecuencia esperada.

### 5.3.1 COMPARACION ENTRE GRUPOS

Las hipótesis planteadas aquí fueron las siguientes:

Ho.- No existen diferencias significativas en la percepción - visual entre alcohólicos pasivos, alcohólicos activos, - bebedores sociales y abstemios.

Hi.- Sí existen diferencias significativas en la percepción - visual entre alcohólicos pasivos, alcohólicos activos, - bebedores sociales y abstemios.

Para esto se hizo una comparación entre los resultados - de los cuatro grupos:

grupo 1: Alcohólicos activos - 129 aciertos, faltan 171 a-  
ciertos para llegar a 300 que es el número máximo,  
ya que son 10 puntos por 30 sujetos.

grupo 2: Alcohólicos pasivos - 221 aciertos, faltan 79 acier-  
tos para 300.

grupo 3: Bebedores sociales - 251 aciertos, faltan 49 acier-  
tos para 300.

grupo 4: Abstemios - 261 aciertos, faltan 39 aciertos para -  
300.

Observando los resultados anteriores, se puede ver que - el grupo que tuvo mayor número de aciertos fue el de los abs-  
temios y el grupo que tuvo el menor número de aciertos fue el  
de los alcohólicos activos; ambos resultados eran esperados -  
así como los resultados de los bebedores sociales que tuvie-  
ron más aciertos que los 2 grupos de alcohólicos, pero menos



que los abstemios.

El análisis estadístico entre todos los grupos arrojó los siguientes resultados:

	Aciertos (observado)			Aciertos (esperado)			
Grupo 1	129	171	300	Grupo 1	215.5	84.5	300
Grupo 2	221	79	300	Grupo 2	215.5	84.5	300
Grupo 3	251	49	300	Grupo 3	215.5	84.5	300
Grupo 4	261	39	300	Grupo 4	215.5	84.5	300
Total	862	338	1200	Total	862	338	1200

Las calificaciones esperadas se obtienen por 2 métodos:

1°. Multiplicando en este caso, 862 por 300 y dividiendo entre 1200, variando los números según la casilla que se va a ocupar;

2°. Dividiendo 862 entre 4 y 338 entre 4 (porque son 4 grupos)

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(129 - 215.5)^2}{215.5} + \frac{(171 - 84.5)^2}{84.5} + \frac{(221 - 215.5)^2}{215.5} + \frac{(79 - 84.5)^2}{84.5} \\ + \frac{(251 - 215.5)^2}{215.5} + \frac{(49 - 84.5)^2}{84.5} + \frac{(261 - 215.5)^2}{215.5} + \frac{(39 - 84.5)^2}{84.5}$$

$$x^2 = 3.470 + 8.852 + 0.140 + 0.357 + 9.606 + 24.5 + 5.848 + 14.914$$

$$x^2 = \underline{67.687}$$

$$\text{Grados de Libertad} = (r - 1)(c - 1)$$

$$g1 = (4 - 1)(2 - 1)$$

$$g1 = \underline{3}$$

Para 3 gl y un nivel de significancia del 5% que equivale a 9.348, la  $\chi^2$  es mayor (67.687), por lo que se rechazó la  $H_0$  y se aceptó la  $H_1$ , es decir, que sí hubo diferencia estadísticamente significativa entre los 4 grupos en cuanto a percepción visual se refiere. Este resultado no indica cuál es el grupo más significativo, y por esto se hizo una comparación entre grupos.

La presentación de la comparación entre los grupos está hecha en base al número de aciertos obtenidos por los diferentes grupos, comenzando por el que tuvo el mayor número de errores (menor número de aciertos) hasta el que tuvo el mayor número de aciertos; es decir, del grupo de alcohólicos activos al grupo de abstemios, pasando primero por los alcohólicos pasivos y después por los bebedores sociales.

#### A) ALCOHOLICOS ACTIVOS Y ALCOHOLICOS PASIVOS

Las hipótesis planteadas fueron:

$H_0$ .- No existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de alcohólicos pasivos.

$H_1$ .- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de alcohólicos pasivos.

Esta fue la comparación de los dos grupos que se supuso estaban más dañados por el consumo de alcohol. Era de esperarse que la diferencia, si es que la había, fuera grande, dado que el grupo de alcohólicos pasivos tuvo 221 aciertos mientras que el grupo de alcohólicos activos tuvo 129 aciertos. - Se piensa que la razón para que exista esta diferencia en los puntajes fue el tiempo de abstinencia de los alcohólicos pasivos y la actual toxicidad del grupo de los alcohólicos activos.

grupo 1 - alcohólicos pasivos - 221 aciertos, faltan 79 aciertos para llegar a 300.

grupo 2 - 129 aciertos, faltan 171 aciertos para los 300.

	Aciertos (observado)			Aciertos (esperado)		
Grupo 1	221	79	300	175	125	300
Grupo 2	129	171	300	175	125	300
Total	350	260	600	350	260	600

Las calificaciones esperadas se obtienen por alguno de los dos métodos mencionados anteriormente.

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(221 - 175)^2}{175} + \frac{(79 - 125)^2}{125} + \frac{(129 - 175)^2}{175} + \frac{(171 - 125)^2}{125}$$

$$x^2 = 12.091 + 16.928 + 12.091 + 16.928$$

$$x^2 = \underline{58.038}$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que vale - 5.023, la  $\chi^2$  es mayor (58.038) por lo que sí se encontró diferencia significativa entre el grupo de alcohólicos activos y el de alcohólicos pasivos en cuanto a percepción visual se refiere, por lo tanto, se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . La diferencia fue sumamente grande, lo que confirma la suposición en cuanto a que existe diferencia entre ambos grupos.

**B) ALCOHOLICOS ACTIVOS Y BEBEDORES SOCIALES**

Las hipótesis planteadas fueron:

$H_0$ .- No existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de bebedores sociales.

$H_1$ .- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de bebedores sociales.

Aunque pudiera pensarse que los resultados de ambos grupos llegaran a ser similares dado que los dos ingieren bebidas alcohólicas, lo cierto es que la diferencia entre las calificaciones fue muy grande: los alcohólicos activos tuvieron 129 aciertos, mientras que los bebedores sociales obtuvieron

251 aciertos. Esto podría confirmar que el abuso de las bebidas embriagantes sí deteriora a la percepción visual. De todas formas fue necesario y conveniente realizar el análisis estadístico que apoye los resultados obtenidos en el Test de Retención Visual.

grupo 1: alcohólicos activos - 129 aciertos, faltan 171 para 300.

grupo 2: bebedores sociales - 251 aciertos, faltan 49 para 300

	Aciertos (observado)			Aciertos (esperado)		
Grupo 1	129	171	300	190	110	300
Grupo 2	251	49	300	190	110	300
Total	380	220	600	380	220	600

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(129-190)^2}{190} + \frac{(171-110)^2}{110} + \frac{(251-190)^2}{190} + \frac{(49-110)^2}{110}$$

$$x^2 = 19.584 + 33.827 + 19.584 + 33.827$$

$$\underline{x^2 = 106.822}$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que vale - 5.023, la  $x^2$  es mayor (106.822), lo que indica que la diferencia en cuanto a percepción visual entre los dos grupos fue - verdaderamente muy grande y estadísticamente sí es muy signi-

ficativa. Por lo tanto, se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ .

### C) ALCOHOLICOS ACTIVOS Y ABSTEMIOS

Las hipótesis planteadas fueron:

$H_0$ .- No existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de abstemios.

$H_1$ .- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos activos y el de abstemios.

Los alcohólicos activos obtuvieron 129 aciertos y los abstemios obtuvieron 261 aciertos. La diferencia de puntajes entre ambos grupos fue verdaderamente grande, fue de 132 puntos. Por supuesto que estos resultados eran de esperarse y concuerdan con la realidad, dado que se está comparando al grupo que se supone estaba más dañado y al que se considera más sano. Así como los resultados del Test de Retención Visual fueron muy diferentes, se ve que lo mismo sucede con el análisis estadístico.

grupo 1: alcohólicos activos - 129 aciertos, faltan 171 aciertos para llegar a 300.

grupo 2: abstemios - 261 aciertos, faltan 39 aciertos para 300

Aciertos (observado)			Aciertos (esperado)				
Grupo 1	129	171	300	grupo 1	195	105	300
Grupo 2	261	39	300	grupo 2	195	105	300
Total	390	210	600	Total	390	210	600

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(129-195)^2}{195} + \frac{(171-105)^2}{105} + \frac{(261-195)^2}{195} + \frac{(39-105)^2}{105}$$

$$x^2 = 22.338 + 41.485 + 22.338 + 41.485$$

$$x^2 = 127.646$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que equivale a 5.023, la  $x^2$  es infinitamente mayor (127.646) y con esto se ve que la diferencia entre ambos grupos en lo que se refiere a percepción visual fue sumamente significativa. Con esto se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . Esta diferencia era de suponerse dado que el grupo de alcohólicos activos está sumamente dañado por el abuso de bebidas embriagantes y no así los abstemios.

#### D) ALCOHOLICOS PASIVOS Y BEBEDORES SOCIALES

Las hipótesis planteadas aquí fueron las siguientes:

$H_0$ .- No existen diferencias significativas en la percepción -

visual entre el grupo de alcohólicos pasivos y el de bebedores sociales.

Hi.- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de alcohólicos pasivos y el de bebedores sociales.

La diferencia en cuanto a puntaje en estos dos grupos no fue muy grande, los alcohólicos pasivos tuvieron 221 aciertos y los bebedores sociales obtuvieron 251 aciertos, es decir, - que la diferencia fue de 30 puntos. Analizando estadísticamente estos resultados se pudo verificar la diferencia entre ambos grupos.

grupo 1 - alcohólicos pasivos - 221 aciertos, faltan 79 para los 300.

grupo 2 - bebedores sociales - 251 aciertos, faltan 49 para los 300.

	Aciertos (observado)				Aciertos (esperado)		
Grupo 1	221	79	300	grupo 1	236	64	300
Grupo 2	251	49	300	grupo 2	236	64	300
Total	472	128	600	Total	472	128	600

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(221-236)^2}{236} + \frac{(79-64)^2}{64} + \frac{(251-236)^2}{236} + \frac{(49-64)^2}{64}$$



$$x^2 = 0.953 + 3.515 + 0.953 + 3.515$$

$$\underline{x^2 = 9.899}$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que vale - 5.023, la  $x^2$  obtenida es mayor (9.889), por lo que sí existe una diferencia significativa entre el grupo de alcohólicos pasivos y los bebedores sociales en cuanto a la percepción visual. La diferencia fue grande aunque no tanto como la que - existe entre alcohólicos pasivos y alcohólicos activos. Se - podría pensar que el nivel de ejecución entre los dos grupos varía, pero tienen cierta tendencia a ejecuciones un tanto pa recidas. De esta manera se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ .

#### E) ALCOHOLICOS PASIVOS Y ABSTEMIOS

Las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

$H_0$ .-- No existen diferencias significativas en la percepción - visual entre el grupo de alcohólicos pasivos y el de abs temios.

$H_1$ .-- Sí existen diferencias significativas en la percepción - visual entre el grupo de alcohólicos pasivos y el de abs temios.

Esta comparación abarca a los dos grupos que no ingieren alcohol. La diferencia es que el de los alcohólicos pasivos es un grupo que abusó de las bebidas embriagantes y el de los abstemios, no; era de pensarse que habría una diferencia significativa en el análisis estadístico, ya que el grupo de los alcohólicos tuvo 221 aciertos en tanto que el de los abstemios tuvo 261.

grupo 1 - alcohólicos pasivos - 221 aciertos, faltan 79 aciertos para llegar a 300.

grupo 2 - abstemios- 261 aciertos, faltan 39 para 300.

	Aciertos (observado)				Aciertos (esperado)		
Grupo 1	221	79	300	Grupo 1	241	59	300
Grupo 2	261	39	300	Grupo 2	241	59	300
Total	482	118	600	Total	482	118	600

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(221-241)^2}{241} + \frac{(79-59)^2}{59} + \frac{(261-241)^2}{241} + \frac{(39-59)^2}{59}$$

$$x^2 = 1.659 + 6.779 + 1.659 + 6.779$$

$$x^2 = 16.876$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que vale 5.023, la  $x^2$  es mayor (16.876), por lo que se observa que sí

existe una diferencia significativa en la percepción visual - entre estos dos grupos. Por lo tanto, se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ . La diferencia fue grande como se esperaba dadas las características entre los integrantes de los dos grupos.

#### F) BEBEDORES SOCIALES Y ABSTEMIOS

Las hipótesis planteadas aquí fueron las que siguen:

$H_0$ .- No existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de bebedores sociales y abstemios.

$H_1$ .- Sí existen diferencias significativas en la percepción visual entre el grupo de bebedores sociales y abstemios.

Era de esperarse que la diferencia entre estos dos grupos fuera grande, pero no sucedió así. Los bebedores sociales tuvieron 251 aciertos y los abstemios, 261. Así, apoyándose en los resultados de las comparaciones anteriores se podría pensar que el grupo de los bebedores sociales no estuvo muy afectado por la ingestión de bebidas alcohólicas dado que la diferencia entre estos dos grupos fue muy pequeña, apenas de 10 puntos y probablemente no fuera estadísticamente significativa.

grupo 1 - bebedores sociales - 251 aciertos, faltan 49 para -

300.

grupo 2 - abstemios - 261 aciertos, falló 39 para 300.

	Aciertos (observado)				Aciertos (esperado)		
Grupo 1	251	49	300	Grupo 1	256	44	300
Grupo 2	261	39	300	Grupo 2	256	44	300
	512	88	600		512	88	600

$$x^2 = \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$x^2 = \frac{(251 - 256)^2}{256} + \frac{(49 - 44)^2}{44} + \frac{(261 - 256)^2}{256} + \frac{(39 - 44)^2}{44}$$

$$x^2 = 0.097 + 0.568 + 0.097 + 0.568$$

$$x^2 = 1.33$$

Grados de Libertad = 1

Para 1 gl y un nivel de significancia del 5% que vale - 5.023, la  $x^2$  es menor (1.33) lo que quiere decir que efectivamente, la diferencia en cuanto a percepción visual entre ambos grupos no fue significativa, fue sumamente pequeña, y por lo tanto, el nivel de ejecución de los dos grupos es muy parecido. De esto se desprende que se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$ .

#### 5.4 PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

Además de conocer el comportamiento de las muestras ante

el instrumento utilizado, se consideró necesario incluir los hábitos de consumo de la misma para de esta manera poder comprender el por qué de los resultados, es decir, que es indispensable establecer el patrón de consumo de alcohol de los 3 grupos que lo ingirieron, ya que el cuarto grupo (abstemios) no lo ingirió. Ya se sabe que esos tres grupos fueron bebedores sociales, alcohólicos activos y alcohólicos pasivos.

De esta manera, se pudieron ver las diferencias que surgieron entre los grupos. El patrón de consumo se dividió en 3 partes:

- a) tipo de bebida.
- b) cantidad de bebida.
- c) frecuencia de consumo.

#### 5.4.1 TIPO DE BEBIDA

Se dividieron las bebidas embriagantes en cinco clases: vino, cerveza, bebidas destiladas, pulque y alcohol puro.

a) Bebedores Sociales: En el último año de consumo la bebida preferida fue la cerveza con 25 sujetos para un porcentaje - del 33.78% del grupo.

b) Alcohólicos Activos: En el último año de consumo las bebi

das preferidas fueron: la cerveza con 29 sujetos para un porcentaje del 26.61% y las bebidas destiladas 29 sujetos para un porcentaje del 26.61%.

c) Alcohólicos Pasivos: La bebida predilecta en el último año de consumo fue la cerveza con 23 sujetos para un porcentaje del 28.04% (Ver Tabla N°. 23)

Es importante mencionar que los totales del número de sujetos fueron todos diferentes y no suman 30, ya que un mismo sujeto pudo señalar hasta 5 bebidas, y por eso las cifras siempre fueron diferentes. Esos totales se tomaron como el 100% y en base a eso se sacaron los porcentajes para cada bebida.

Tabla N°. 23

Tipo de Bebida Consumida en el Último Año

Bebida	Bebedores Soc.		Alcohólicos Act.		Alcohól. Pas.	
	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )
Vino	23	31.08	18	16.51	18	21.95
Cerveza	25	33.78	29	26.61	23	28.04
B.Dest.	23	31.08	29	26.61	22	26.83
Pulque	3	4.06	14	12.84	8	9.75
Alcohol	0	0	19	17.43	11	13.43
Total	74	100	109	100	82	100

#### 5.4.2 CANTIDAD DE BEBIDA Y FRECUENCIA DE CONSUMO

Al igual que el tipo de bebida, la cantidad y la frecuencia

cia son dos factores sumamente importantes para establecer el patrón de consumo. Al hablar de cantidad de bebida, se tomó como base una ocasión típica o común dentro de su manera de beber, tal como lo estipulan los cuestionarios creados por la O.M.S. (1979).

Se presenta entonces el análisis de cantidad y frecuencia de cada bebida y de cada grupo, comenzando por el vino.

#### I) VINO

a) Bebedores Sociales: En este grupo el consumo más frecuente del vino se encontró en la opción de 2 - 3 copas (en ocasión típica), con 10 sujetos para un porcentaje de 43.47% (Ver Tabla N°. 24); por otro lado, el vino fue la bebida que más se ingirió dentro de la categoría de "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año", con 9 sujetos para un porcentaje del 36% (Ver Tabla N°. 29).

b) Alcohólicos Activos: El consumo más frecuente de vino se dio en la opción de  $\frac{1}{2}$  Lt. con 8 sujetos para un porcentaje del 44.44% (Ver Tabla N°. 24). En este grupo, el vino tuvo su mayor frecuencia en la opción de "1 ó 2 veces a la semana", con 5 sujetos que representan un porcentaje del 45.46% (Ver Tabla N°. 30).

c) Alcohólicos Pasivos: En este grupo el consumo más -

frecuente de vino apareció en la opción de + 1 Lt., con 8 sujetos para un porcentaje del 50% (Ver Tabla N°. 24): por lo que se refiere a la frecuencia, esta bebida fue mayormente elegida en la opción de "3 o más veces al día" (Ver Tabla N°. 31).

Tabla N° 24  
Cantidad de Vino Consumido en el Ultimo Año

Cant.	Bebedores Soc.		Alcohól. Act.		Alcohól. Pas.	
	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
1 copa	7	30.46	3	16.66	0	0
2-3 cop	10	43.47	3	16.66	3	18.75
4-5 cop	3	13.04	3	16.66	1	6.25
½ Lt.	1	4.34	8	44.44	4	25
+ 1 Lt.	2	8.69	1	5.58	8	50
Total	23	100	18	100	16	100

## II) CERVEZA

a) Bebedores Sociales: En este grupo el consumo más frecuente de cerveza fue encontrado en la opción de 2-3 vasos, con 10 sujetos que representan un 40% de la muestra (Ver Tabla N°. 25); la cerveza fue la bebida que más se ingirió dentro de las categorías de "1 ó 2 veces a la semana" con 7 sujetos que representan un 38.88% y "2 ó 3 veces al mes", también con 7 sujetos, pero que en este caso representan un 43.75% (Ver Tabla N°. 29).

b) Alcohólicos Activos: Se encontró que las cantidades más frecuentes fueron 2 Lts. y + 2 lts., cada una con 9 suje-



tos, para un 31.03% para cada una de ellas (Ver Tabla N°. 25); en este grupo, la cerveza tuvo su mayor frecuencia en la opción "3 o más veces al día" con 11 sujetos que representan un 50% de la muestra (Ver Tabla N°. 30).

c) Alcohólicos Pasivos: En este grupo el consumo más frecuente de cerveza fue el que se refiere a + 2 Lts. con 13 sujetos para un porcentaje de 56.53% (Ver Tabla N°. 25); por lo que se refiere a la frecuencia, la opción más elegida fue "3 o más veces al día" con 6 sujetos que representan un 28.57% de la muestra (Ver Tabla N°. 31)..

Tabla N°. 25

Cantidad de Cerveza Consumida en el Ultimo Año

Cant.	Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol. Pas.	
	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
1 vaso	9	36	0	0	0	0
2-3 vas	10	40	4	13.79	4	17.39
1 Lt.	3	12	7	24.15	3	13.04
2 Lt.	1	4	9	31.03	3	13.04
+ 2 Lt.	2	8	9	31.03	13	56.53
Total	25	100	29	100	23	100

### III) BEBIDAS DESTILADAS

a) Bebedores Sociales: Este grupo mostró mayor incidencia de las cantidades de 1 vaso y 2-3 vasos, cada una con 9 sujetos que equivalen a un porcentaje del 37.5% para cada cantidad (Ver Tabla N°. 26); por lo que se refiere a la frecuen-

cia, las opciones más escogidas fueron "2 ó 3 veces al mes" - con 7 sujetos que equivalen a un porcentaje del 43.75%, y "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año", también con 7 sujetos para un 28.0 % (Ver Tabla N°. 29).

b) Alcohólicos Activos: La opción más frecuentemente - escogida fue la de + 2 Lts. con 10 sujetos para un porcentaje del 38.46% (Ver Tabla N°. 26); referente a la frecuencia de - consumo, se encontró que la opción más escogida fue la de "3 o más veces al día" con 11 sujetos para un porcentaje del 50% (Ver Tabla N°. 30).

c) Alcohólicos Pasivos: En este grupo la opción que más frecuentemente apareció fue la de 1 Lt. con 8 sujetos para un porcentaje del 38.09% (Ver Tabla N°. 26); sobre la frecuencia de consumo en este grupo, la opción más escogida fue la de "3 o más veces al día" con 6 sujetos para un porcentaje del - - 28.57% de la muestra (Ver Tabla N°. 31).

Tabla N°. 26

Cantidad de Bebidas Destiladas Consumidas en el Ultimo Año

Cant.	Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol. Pas.	
	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )
1 vaso	9	37.5	0	0	0	0
2-3 vas	9	37.5	5	19.23	1	4.77
½ Lt.	3	12.5	6	23.08	6	28.57
1 Lt.	2	8.34	5	19.23	8	38.09
+ 2 Lt.	1	4.16	10	38.46	6	28.57
Total	24	100	26	100	21	100

#### IV) PULOQUE

a) Bebedores Sociales: Solamente hubo 3 sujetos que ingirieron 1 vaso por ocasión típica y que representan al 100% (Ver Tabla N°. 27); por lo que se refiere a la frecuencia de consumo, lo más usual fue la opción de "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año" que congregó a los 3 sujetos, que representan un 12 % (Ver Tabla N°. 29).

b) Alcohólicos Activos: En este grupo hubo 7 sujetos - que eligieron la opción de + 2 Lts., que representan un 50% - de la muestra (Ver Tabla N°. 27); por lo que se refiere a la frecuencia de consumo, la opción más elegida fue "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año", con 6 sujetos y un porcentaje del 42.86% de la muestra (Ver Tabla N°. 30).

c) Alcohólicos Pasivos: El pulque tuvo su mayor frecuencia en la opción de + 2 Lts., con 4 sujetos para un porcentaje del 50% de la muestra (Ver Tabla N°. 27); en la frecuencia de consumo, se encontró 2 opciones como las más usuales: "3 o más veces al día" con 2 sujetos para un porcentaje del 9.53% y "2 veces al día" con 2 sujetos, que en este caso representan un 14.30% (Ver Tabla N°. 31).

Tabla N°. 27

Cantidad de Pulque Consumido en el Ultimo Año

Cant.	Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol. Pas.	
	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )
1 vaso	3	100	1	7.14	1	12.5
2-3 vas	0	0	1	7.14	1	12.5
1 Lt.	0	0	3	21.44	1	12.5
2 Lt.	0	0	2	14.28	1	12.5
+ 2 Lt.	0	0	7	50	4	50
Total	3	100	14	100	8	100

V) ALCOHOL PURO

a) Bebedores Sociales: En este grupo ningún sujeto ingirió alcohol puro.

b) Alcohólicos Activos: La cantidad de alcohol puro que más frecuentemente se ingirió fue de 1 copa, con 13 sujetos - para un porcentaje del 92.85% de la muestra (Ver Tabla N°. 28) en la frecuencia, se tiene que la opción más elegida fue "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año", con 7 - sujetos para un porcentaje del 50% de la muestra (Ver Tabla - N°. 30).

c) Alcohólicos Pasivos: La opción más frecuente fue de 2 - 3 copas por ocasión típica, con 4 sujetos que representan un 36.37% de la muestra (Ver Tabla N°. 28): en la frecuencia, hubo 2 opciones que fueron las más elegidas: "casi todos los días" (5 o más veces a la semana)", con 4 sujetos que repre-

sentan un 44.44% de la muestra, y "menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año", también con 4 sujetos que en este caso representan un 57.15% (Ver Tabla N°. 31).

Tabla N°. 28

Cantidad de Alcohol Puro Consumido en el Ultimo Año

Cant.	Bebedores Soc.		Alcohol. Act.		Alcohol Pas.	
	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )	frecuencia	( % )
1 copa	0	0	13	92.85	2	18.18
2-3 cop	0	0	1	7.15	4	36.37
1 Lt.	0	0	0	0	3	27.27
1 Lt.	0	0	0	0	2	18.18
+ 2 Lt.	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	14	100	11	100

Con esta última tabla se da por terminado este capítulo en donde se desglosaron los datos obtenidos en los 4 grupos - utilizados en este trabajo de investigación. Con esto, se percató de la importancia que representa el problema del alcoholismo y los efectos que esta enfermedad puede acarrear. Pasamos por último a las conclusiones a las que se llegó al final de la investigación.

Tabla N°. 29

Frecuencia de Consumo en el Ultimo Año  
(Bebedores Sociales)

Frecuencia	vino	cerveza	beb.dest.	pulque	alcohol	total
3 o más veces al día						
2 veces al día						
1 vez al día						
casi todos los días) (5 o más veces a la semana						
3 ó 4 veces a la sem.						
1 ó 2 veces a la sem.	5 27.77	7 38.88	6 33.35			18 100%
2 ó 3 veces al mes.	2 12.5	7 43.75	7 43.75			16 100%
alrededor de 1 vez al mes	7 46.67	5 33.33	3 20			15 100%
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año	9 36	6 24	7 28	3 12		25 100%

Frecuencia de sujetos	(%)
--------------------------	-----

Tabla N°. 30

Frecuencia de Consumo en el Ultimo Año  
(Alcohólicos Activos)

Frecuencia	vino	cerveza	beb.dest.	pulque	alcohol	total
3 o más veces al día		11 50	11 50			22 100%
2 veces al día	2 18.19	4 36.36	4 36.36	1 9.09		11 100%
1 vez al día	3 18.75	5 31.25	5 31.25		3 18.75	16 100%
casi todos los días (5 o más veces a la semana)	1 9.09	5 45.46	4 36.36	1 9.09		11 100%
3 ó 4 veces a la sem.	2 25	3 37.75	1 12.5	1 12.5	1 12.5	8 100%
1 ó 2 veces a la sem.	5 45.46		3 27.27	2 18.18	1 9.09	11 100%
2 ó 3 veces al mes	3 27.27	1 9.09	1 9.09	1 9.09	5 45.46	11 100%
alrededor de 1 vez al mes	1 20			2 40	2 40	5 100%
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año	1 7.14			6 42.86	7 50	14 100%

Frecuencia de sujetos	(%)
--------------------------	-----

Tabla N°. 31

Frecuencia de Consumo en el Ultimo Año  
(Alcohólicos Pasivos)

Frecuencia	vino	cerveza	beb.dest.	pulque	alcohol	total
3 ó más veces al día	5 23.80	6 28.57	6 28.57	2 9.53	2 9.53	21 100%
2 veces al día	1 7.14	5 35.71	5 35.71	2 14.30	1 7.14	14 100%
1 vez al día		3 75	1 25			4 100%
casi todos los días (5 o más veces a la semana)		1 11.12	4 44.44		4 44.44	9 100%
3 ó 4 veces a la sem.	3 25	5 41.67	4 33.33			12 100%
1 ó 2 veces a la sem.	2 28.57	3 42.87	1 14.28	1 14.28		7 100%
2 ó 3 veces al mes	3 60		1 20	1 20		5 100%
alrededor de 1 vez al mes	1 50			1 50		2 100%
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año	2 28.57			1 14.28	4 57.15	7 100%

Frecuencia de  
sujetos  
(%)



CAPITULO SEXTO  
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- 6.1 INCIDENCIA DE TRASTORNOS VISUALES EN LA MUESTRA
- 6.2 PREFERENCIA DE BEBIDA
- 6.3 VARIABLES
- 6.4 COMENTARIOS

Después de plantear un marco teórico, uno metodológico y de obtener resultados, se pasa a la parte final de esta investigación que es en la que se llega a las conclusiones y a los comentarios. Es decir, que en este último capítulo, las observaciones fueron vinculadas a las hipótesis, las cuales fueron aceptadas o rechazadas en el capítulo anterior, y a los objetivos. También se da una explicación a los datos obtenidos.

Es en este capítulo donde se comparan los resultados con los obtenidos en las investigaciones presentadas al inicio de este estudio.

6.1 INCIDENCIA DE TRASTORNOS VISUALES EN LA MUESTRA

Uno de los objetivos del presente estudio fue determinar si había diferencias perceptuales entre los individuos alcohólicos pasivos, alcohólicos activos, bebedores sociales y abs-

temios, utilizando para esto el Test de Retención Visual de Benton.

Los resultados encontrados demuestran que sí existen diferencias perceptuales entre los 4 grupos. Simplemente el número de aciertos por grupo dice mucho: los alcohólicos activos tuvieron 129; los alcohólicos pasivos tuvieron 221 aciertos; los bebedores sociales sumaron 251 aciertos y por último, los abstemios obtuvieron 261 aciertos. Era de esperarse que los resultados arrojados fueran esos por las características de los sujetos. Como se mencionó en el capítulo cuarto, se utilizó un nivel de significancia de 0.05 para tener un criterio estricto aunque no demasiado amplio para la aceptación de las hipótesis. Como la prueba fue de 2 colas, el nivel de significancia se dividió, de tal manera que fue de 0.025 para cada cola.

En general, los datos arrojados sí comprueban las hipótesis y se cumple con los objetivos planteados. Por ejemplo, la comparación entre los alcohólicos activos y los pasivos: aunque estos 2 grupos están dañados por el alcohol, la diferencia entre ambas ejecuciones fue sumamente grande ( $\chi^2 = 58.038$ ) lo cual hace pensar que aunque no existe una recuperación completa de las habilidades perceptuales, los sujetos sí mejoran en su ejecución después de haber suspendido por completo la ingestión de las bebidas alcohólicas. Estos resulta

dos son apoyados por las investigaciones realizadas en 1979 - por Parsons y Jenkins, y en 1980 por Parsons, Leber y Jenkins, las cuales concluyen que sujetos con once semanas de abstinencia tienen una ejecución superior a la de sujetos con tres semanas de abstinencia. Los resultados del presente estudio - confirman entonces que las tareas visoespaciales quedan afectadas por el abuso del alcohol y que esta sustancia daña primero a las funciones del hemisferio cerebral derecho. Es importante detenerse en este punto referente a la mejoría de la ejecución porque surge la pregunta de por qué sucedió esa mejoría. Posiblemente los sujetos con mayor tiempo de abstinencia se encuentran más desintoxicados que los que tienen poco tiempo de no ingerir bebidas alcohólicas. Se sabe que el daño que el alcohol produce en el sistema nervioso es irreversible ya que las neuronas que mueren no son sustituidas, pero - también podría suceder que el sujeto desarrolle ciertas habilidades adaptativas que le permiten desempeñar sus funciones con mejores resultados; a esto se le llama Principio de Neurobiotaxis de Kappers, el cual se define de la siguiente manera: "Fenómeno básico para la rehabilitación del Sistema Nervioso Central dañado o inmaduro, por medio del cual la estimulación de las regiones adyacentes permitirá las prolongaciones de la neurona que cubrirán el área necrosada y de esta forma tendremos una mejor respuesta, lo cual permite una rehabilitación - de los problemas sensoriales" (López Antúnez, 1980, Pág. 639).

Por lo que se refiere a las demás comparaciones, se en-

contró que los resultados sí indican que existen diferencias significativas entre algunos de los grupos. Para ser más preciso, las diferencias entre alcohólicos activos y bebedores sociales fueron muy grandes, lo cual muestra un daño cerebral muy severo en el grupo de alcohólicos activos. La comparación entre este último grupo y los abstemios demuestra una diferencia aún más grande, pero entre alcohólicos pasivos y bebedores sociales la diferencia en la ejecución es muy pequeña, lo cual podría indicar como se señaló anteriormente, que sí existe una cierta mejoría en la ejecución de los alcohólicos pasivos, pero ésta no es completa. En lo concerniente a los resultados de la comparación entre alcohólicos pasivos y abstemios, se tiene que los datos obtenidos eran los que se esperaban, debido a que aunque los dos grupos no ingirieron alcohol, el primero ya estaba dañado por esa sustancia. Se pensó que iba a existir una diferencia significativa entre ambos grupos, y así fue.

Aunque hubiera podido pensarse que los resultados entre bebedores sociales y abstemios iban a tener alguna diferencia significativa, no fue así, sino por el contrario, se encontró que no hay diferencia significativa en los niveles de ejecución de ambos grupos. Es decir, que aunque el grupo de bebedores sociales ingiere bebidas embriagantes de manera moderada, el alcohol no ha afectado aún tanto al sistema nervioso de los sujetos, por lo que su percepción visual, y de igual -

forma su ejecución caen dentro de lo que se podría llamar - -  
"normal" y es parecida a la de los abstemios.

Los resultados de todas estas comparaciones confirman -  
los datos arrojados por la investigación de Silberstein (1978)  
que concluye que hay ciertas áreas del cerebro que son más -  
susceptibles de sufrir daño por el alcohol que otras, como el  
área de tareas visuales, las de ejecución y las que se refie-  
ren a memoria para realizar dibujos. También otra investiga-  
ción de Silberstein (1979) concluye que sí existen daños a ni-  
vel cerebral por la ingesta inmoderada de alcohol, opinión -  
que comparten Jenkins y Parsons (1979), ya que ellos mencio-  
nan que el alcohol altera las funciones cognitivas.

Otro estudio más apoya los resultados y viceversa, el -  
realizado por Parker, Parker, Brody y Schoenberg(1982), el -  
cual concluye que hay cierta semejanza entre el deterioro men-  
tal producido por la edad y el producido por el alcohol.

## 6.2 PREFERENCIA DE BEBIDA

Dentro de los sujetos investigados hubo representantes -  
de todos los estratos socioeconómicos. No se pueden señalar  
cifras en cuanto al dinero que percibían dado que gran parte  
de la población se negó a contestar ese tipo de preguntas en  
el cuestionario, pero sí se pudo percatar que la gran mayoría  
de los individuos no tenían muchos recursos económicos. Por

lo mismo, se puede pensar que la causa de que la bebida más consumida fuera la cerveza es debido a que se encuentra entre las bebidas alcohólicas más baratas, más fáciles de encontrar y que se venden sin tantas restricciones.

El cuestionario ayudó a saber en qué colonias vivían los sujetos, eso dió una idea de la posición socioeconómica y con este dato, se puede confirmar lo dicho anteriormente. Por lo mismo, estos sujetos generalmente acuden a los servicios médicos del Sector Salud y casi nunca recurren a servicios médicos particulares. Todo esto hace pensar que si esta investigación se hubiera realizado en un hospital o clínica particular seguramente el estrato socioeconómico de los pacientes hubiera sido otro, personas con más posibilidades que probablemente pudieran ingerir bebidas alcohólicas de mayor precio y calidad.

Hay que señalar que el pulque es también una bebida de bajo precio, pero se cree que no es muy consumida porque la cerveza es más popular y porque el pulque se acostumbra a ingerir con mayor frecuencia y cantidad en zonas rurales. En ciudad se ingiere más la cerveza que el pulque y dado que este trabajo se llevó a cabo en zona urbana era de esperarse que los sujetos ingirieran más cerveza que pulque.

También las bebidas destiladas fueron consumidas en gran cantidad, aunque un poco menos que la cerveza. La causa de -

esto tal vez sea que aunque generalmente su costo es elevado, se pueden encontrar marcas poco conocidas o desconocidas a muy bajo precio, aunque más caras que la cerveza, y esas bebidas se prefieren al vino porque tienen mayor concentración de alcohol, y como consecuencia embriagan con más facilidad.

Por lo tanto, se puede hablar del tipo de bebidas más consumidas dentro de la población estudiada, pero no se puede hacer una generalización sobre el tipo de bebida más consumida en nuestra sociedad. De todas formas, la población seleccionada refleja parte de nuestra realidad.

### 6.3 VARIABLES

Es importante señalar que en esta investigación no se hicieron comparaciones entre sexos, edad, estado civil, escolaridad u otras variables que podrían ser importantes como factores determinantes para los resultados. El objetivo era únicamente comprobar si el alcohol dañaba o no a la percepción visual, pero el interés no era saber cómo afectaban o en qué alteraban los resultados esas variables. Aún así, se encontraron datos relevantes de esas variables.

#### 6.3.1 ALCOHOL Y ESTADO CIVIL

Se encontró que en la población estudiada los sujetos que consumieron más alcohol fueron los que pertenecen al grupo

de los solteros. Este es un dato muy significativo que hace pensar en las posibles causas de esto: 1) podría ser que los individuos que son solteros no tienen tantas responsabilidades y obligaciones, y eso les da mayor libertad para beber; - 2) los sujetos solteros tienen mayor disponibilidad de dinero para gastarlo en lo que quieran; 3) los solteros por su misma situación pueden llegar a sentirse solos y deprimidos, lo que los empujaría a buscar un escape ingiriendo alcohol.

Curiosamente el grupo de los abstemios fue el único donde se encontró el mayor porcentaje de sujetos casados, lo - - cual puede llevar a confirmar la suposición de que los hom- - bres casados al contrario de los solteros, tienen mayores responsabilidades, menos dinero para ellos solos y menos libertad, lo cual los podría inducir a beber menos o a no beber.

#### 6.3.2 ALCOHOL Y ESCOLARIDAD

En lo que se refiere al nivel escolar se encontró que el mayor porcentaje de sujetos con estudios universitarios terminados se dio en los grupos que no tienen problemas con el alcohol, es decir, en los abstemios y bebedores sociales. Se - podría pensar pero no asegurar que posiblemente el hecho de - tener mayores conocimientos, preparación y educación escolar fuera un factor determinante para que no se diera el abuso de las bebidas embriagantes en estos grupos a diferencia de los



alcohólicos activos y los pasivos. Teniendo más instrucción hay mayores oportunidades de que una persona se informe sobre los daños que le puede acarrear el consumo de bebidas alcohólicas y detener el abuso de ese consumo. En el grupo de los alcohólicos activos la mayor parte de los sujetos tuvieron la preparatoria incompleta que fue el menor nivel escolar encontrado. En contraste con el anterior, el grupo de los alcohólicos pasivos tuvo un mayor porcentaje en la universidad incompleta y aunque no se confirmó, se puede suponer que tal vez ahora algunos de ellos reanudaron sus estudios.

### 6.3.3 ALCOHOL Y OCASIONES PARA SU CONSUMO

En el cuestionario no hubo ninguna pregunta que investigara las ocasiones en las que bebe la persona, pero por la clase social a la que pertenecen los sujetos, se sabe que son individuos que acostumbran a beber por un sin fin de motivos - que tienen raíces antropológicas, socioculturales y religiosas, como lo mencionamos en el segundo capítulo. Celebran en grande los bautizos, las bodas, los XV años y hasta la muerte. Se sabe que antiguamente los ritos religiosos eran acompañados por el alcohol pero en una forma moderada y organizada, - de tal manera que no todos tenían derecho a ingerir las bebidas. Posiblemente ese es el origen de tomar alcohol en las fiestas, como para celebrar algún acontecimiento importante. Hay que aclarar que nada de esto fue corroborado, sino que -

son suposiciones basadas en los resultados.

Aunque las celebraciones son ocasiones importantes para tomar, existen otros factores que inducen a las personas a tomar. Por ejemplo, el hecho de no tener empleo puede llevar a una persona a una depresión, y esto puede conducir al alcoholismo; el hecho de sentirse solo también lleva a veces a la bebida; los problemas que provoca el sentimiento de pobreza, el no poder cubrir las necesidades básicas para la supervivencia; el hecho de tener que vivir en el hacinamiento y la necesidad de alimento son también factores que pueden impulsar a una persona a entregarse a la bebida.

#### 6.4 COMENTARIOS

Para terminar este trabajo, se mencionan dos conclusiones importantes a las que se llegó:

1) El abuso de bebidas embriagantes sí altera la percepción visual.

2) Después de tomar bebidas embriagantes en exceso y dejando pasar hasta un año completo de abstinencia, las habilidades perceptuales no se recuperan por completo. Se pudo comprobar que sí existe una mejoría de la habilidad, pero no se podría decir en qué porcentaje se da esto, y en cuanto a otras investigaciones, tampoco se tienen datos concretos.

Para finalizar se hace una integración de todo el trabajo presentado.

Es necesario hacer notar que existen puntos que no eran esenciales en la investigación y por lo tanto, no son puntos centrales de ésta. Se puede decir que, incisos tales como Tipo de Bebidas, Edad, Escolaridad, entre otros, son en realidad partes accesorias que se agregaron con el fin de complementar el trabajo, ya que estos datos fueron surgiendo a medida que se obtenían los resultados.

También hay que hacer notar que en sí, el marco teórico y en general toda la parte teórica, surge también como un intento de proporcionar una visión global de lo que es el problema del alcoholismo, demasiado complejo como para querer tratar de describirlo en unas cuantas páginas. Fue por este motivo que se pensó en abarcar los puntos más importantes de este tema.

En realidad, la intención es la de hacer saber al lector cuán grandes pueden ser las consecuencias del abuso del alcohol; lo que se presentó en el inciso dedicado a los factores psicológicos y psiquiátricos pretende hacer énfasis en el daño psicológico que causa el alcoholismo así como los orígenes de la personalidad del alcohólico. Ahora, en la parte práctica se comprueba el hecho del daño a nivel físico que produce

el alcoholismo y del cual se habló también en la parte teórica. Esta enfermedad afecta a uno de los sentidos que se considera como el más importante para el ser humano, como es el de la vista, imprescindible para la interacción entre el hombre y el medio ambiente que lo rodea.

Por último, se puede decir en conclusión que si bien esta investigación como un hecho aislado no representaría una gran consecuencia, aunada a las demás problemáticas presentadas, los resultados comprendidos en ella son dignos de ser tomados en cuenta como otro punto más a considerar en este grave problema.

**BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- Bartley, Howard S.  
Principios de Percepción  
Ed. Trillas  
México, 1980
  
- Bender, Laretta  
Test Gestáltico Visomotor  
Ed. Paidós  
Buenos Aires, 1975
  
- Benton, Arthur L.  
Revised Visual Retention Test  
The Psychological Corporation  
U.S.A., 1974.
  
- Bernal Sahagún, Víctor M.  
El Alcoholismo en México. Negocio y Manipulación  
Ed. Nuestro Tiempo  
México, 1983
  
- Bustamenta, José  
Psicología Médica  
Ediciones de Ciencia y Técnica  
La Habana, 1971.
  
- Carreño, Fernando  
Manual de Psicología  
Ed. Porrúa  
México, 1983
  
- Cohen, Jozef  
Sensación y Percepción Visuales  
Ed. Trillas  
México, 1979.
  
- Cueli, J. y Reidl, L.  
Teorías de la Personalidad  
Ed. Trillas  
México, 1981

- Cuestionarios sobre Alcoholismo  
Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), 1979
  
- Diccionario de Psicología  
Fondo de Cultura Económica  
México, 1977
  
- Downie, N. M. y Heath, R. W.  
Métodos Estadísticos Aplicados  
Ed. Harla  
México, 1973
  
- Ey Henry, Bernard, P. y Brisset, Ch.  
Tratado de Psiquiatría  
Ed. Toray-Masson, S.A.  
Barcelona, 1980
  
- Forgas, Ronald  
Percepción  
Ed. Trillas  
México, 1979
  
- Freedman, Alfred; Kaplan, Harold y Sadock, Benjamín  
Compendio de Psiquiatría  
Salvat Editores  
Barcelona, 1975
  
- Freud, Sigmund  
"Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual". (1905). Obras Completas  
Ed. Aztaccihuatl  
México, 1981  
Vol. II
  
- García-Pelayo y Gross, Ramón  
Diccionario Pequeño Larousse en Color  
Ed. Larousse  
México, 1972.
  
- Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado  
Ed. Reader's Digest México, S.A. de C.V.  
México, 1979

- Guarner, Enrique  
Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico  
Ed. Porrúa  
México, 1978
  
- Jenkins, Robert L. y Parsons, Oscar A.  
"Deficiencias Cognoscitivas en Alcohólicos Varones según la  
Medición por la Prueba de Distribución de Cartas de Wisconsin  
Modificada (WCST)"  
Alcohol Technical Reports, 1979  
Vol. 7, N°. 1
  
- Kerlinger, Fred N.  
Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología  
Ed. Interamericana  
México, 1981
  
- Kessel, Neil y Walton, Henry  
Alcoholism  
Penguin Books  
U.S.A. 1982
  
- Kolb, Lawrence C.  
Psiquiatría Clínica Moderna  
La Prensa Médica Mexicana  
México, 1980
  
- LaPlanche, J. y Pontalis, B.  
Diccionario de Psicoanálisis  
Ed. Labor  
Barcelona, 1981.
  
- Leber, William R.; Jenkins, Robert L. y Parsons, Oscar A.  
"Recuperación del Aprendizaje Visual-Espacial y Memoria en  
Alcohólicos Crónicos".  
Journal of Clinical Psychology, 1981  
Vol. 37 N°. 1
  
- López Antúnez, Luis  
Anatomía Funcional del Sistema Nervioso  
Ed. Limusa  
México, 1980



- Marx, Melvin H. y Hillix, William A.  
Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas  
Ed. Paidós  
Buenos Aires, 1978
  
- Mendenhall y Reinmuth  
Estadística para Administración y Economía  
Wadsworth Internacional Iberoamericana  
U.S.A., 1978
  
- Meneses Morales, Ernesto  
Psicología General  
Ed. Porrúa, S.A.  
México, 1974
  
- Morales, Maria Luisa  
Psicometría Aplicada  
Ed. Trillas  
México, 1982
  
- Parker, Elizabeth S.; Parker, A. Douglas; Brody, Jacob A. y  
Schoenberg, Ronald.  
"Patrones Cognoscitivos que se A semejan a Envejecimiento -  
Prematuro en Bebedores Sociales Masculinos".  
Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1982.  
Vol. 6, N°. 1
  
- Parsons, Oscar A.; Leber, William R. y Jenkins, Robert L.  
"La Recuperación de las Capacidades de Pensar y Resolver -  
Problemas en Alcohólicos Abstinentes".  
Alcohol Technical Reports, 1979  
Vol. 8
  
- Rodríguez Román, Zoila  
"Estudio Comparativo de Deterioro Mental en Alcohólicos"  
Tesis UNAM  
1983
  
- Siegel, Sidney  
Estadística No Paramétrica  
Ed. Trillas  
México, 1985

- Silberstein, Judith A.  
"Mujeres Alcohólicas. Impacto del Alcoholismo en Habilidades del Pensamiento"  
Alcohol Technical Reports, 1979  
Vol. 8
  
- Silberstein, Judith A.  
"Mujer y Alcohol: Funcionamiento Cognoscitivo en Mujeres Alcohólicas y No Alcohólicas"  
Alcohol Technical Reports, 1978  
Vol. 7
  
- Smirnov, Leontiev y otros  
Psicología  
Ed. Grijalbo  
México, 1960
  
- Sokolov, Y. N.  
Percepción y Reflejo Condicionado  
Ed. Trillas  
México, 1982
  
- Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística  
Berruecos Villalobos, Luis; Kersenovich, David; Olivares So-  
sa, Edmundo; Román Celis, Carlos; Sánchez Medal, Luis, Ve-  
lasco Fernández, Rafael, Velasco Muñoz-Ledo, Ma. del Pilar.  
El Alcoholismo en México. III. Memorias del Seminario de A-  
nálisis.  
México, 1983
  
- Thorndike, Robert L. y Hagen, Elizabeth  
Test y Técnicas de Medición en Psicología y Educación  
Ed. Trillas  
México, 1982
  
- Velasco Fernández, Rafael  
Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo  
Ed. Trillas  
México, 1982

- Velasco Fernández, Rafael  
Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo  
 ANUIES  
 México, 1985
  
- Weinswig, Melvin H.  
Consecuencias del Uso y Abuso de las Drogas  
 Ed. V Siglos, S.A.  
 México, 1981
  
- Whittaker, James O.  
Psicología  
 Ed. Interamericana  
 México, 1977
  
- Wilkinson, Adrian  
"Examen de Alcohólicos por Registros de Tomografía Computarizada (CT): Una Revisión Crítica"  
Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1982  
 Vol. 6, N°. 1
  
- Wolff, Werner  
Introducción a la Psicología  
 Fondo de Cultura Económica  
 México, 1976
  
- Wolman, Benjamín, B.  
Teorías y sistemas Contemporáneos en Psicología  
 Ed. Martínez Roca, S.A.  
 Barcelona, 1979
  
- Zusne, Leonard  
"Visual Perception of Form"  
 Academic Press  
 Ney Work, 1970

**ANEXOS**

ANEXO Nº. 1

## DEFINICIONES

- (1) NEUROTICO - Individuos constitucionalmente afectados - por trastornos nerviosos menores. (Pág.242)
- (2) INCAPACES - Falta de aptitud para manejar los propios asuntos a causa de un desequilibrio mental. (Pág. - 176)
- (3) INMADURAS - Lo contrario a madurez, que es el estado o consecución de un desarrollo general completo de la vida mental y la conducta, en un individuo. (Pág. 211)
- (4) DEPENDIENTE - Relación social de un individuo para con otro o para con la sociedad, de tal índole, que el individuo en cuestión, que es el dependiente, recibe ayuda o está bajo el control de otro u otros. (Pág. 85)
- (5) FRUSTRACION - Tensión psicológica suscitada por la existencia de un obstáculo que dificulta realizar un objetivo. (Pág. 147)
- (6) PERVERSIDAD - Degeneración o alteración patológica de - - cualquiera de los instintos o tendencias - fundamentales. (Pág. 265)
- (7) INDIGNIDAD - Carácter de una persona o cosa indigna. Maldad, perversidad. (Pág. 179)
- (8) PRIVACION - Falta de algo deseado. (Pág. 275)

(9) EMOCIONAL - Experiencia o estado psíquico caracterizado por un grado muy fuerte de sentimiento y acompañado casi siempre de una expresión motora a menudo muy intensa. (Pág. 106)

Nota: Todas estas definiciones fueron extraídas del Diccionario de Psicología del Fondo de Cultura Económica.

**ANEXO Nº. 2**



## DEFINICIONES

- (1) EROGENA - Que guarda relación con la producción de una excitación sexual. (Pág. 121)
- (2) FIJACION - La fijación hace que la libido se una fuertemente a personas o imágenes, reproduzca un determinado modo de satisfacción, permanezca organizada según la estructura característica de una de sus fases evolutivas. La fijación puede ser manifiesta y actual o constituir una virtualidad prevalente que abre al sujeto el camino hacia una regresión. (Pág. 161)
- (3) PULSION - Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin. (Pág. 337)
- (4) YO - Instancia que Freud distingue del Ello y del Superyo en su segunda teoría del aparato psíquico. Desde el punto de vista tópico, el Yo se encuentra en una relación de dependen-

cia, tanto respecto a las reivindicaciones - del Ello como a los imperativos del Superyo, y a las exigencias de la realidad. Aunque - se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa. (Pág. 476)

(5) ELLO

- Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El Ello constituye el polo funcional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico, el Ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico entra en conflicto con el Yo y el Superyo que, desde el punto de vista genético, constituye diferenciación de aquel. (Pág. 111)

(6) INSTINTIVO

- Referente a instinto, término utilizado por algunos autores psicoanalíticos franceses como traducción o equivalente del término freudiano Trieb, para el cual, en una terminología coherente conviene recurrir al término francés "pulsión". (Pág. 206)

(7) SUPERYO - Una de las instancias de la personalidad - descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al Yo. Freud considera la consciencia moral, la auto observación, la formación de ideales, como funciones del Superyo. Clásicamente, el Superyo se define como el heredero del Complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. (Pág. 440)

Nota: Estas definiciones fueron extraídas del Diccionario de Psicoanálisis de LaPlanche y Pontalis.

ANEXO N° 3

**CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL**  
**(abstemios)**

QUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL.

Ficha de identificación:

Nombre (iniciales) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil - Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

Delegación o municipio en que vive \_\_\_\_\_

Colonia en la que vive \_\_\_\_\_

-----  
ESCOLARIDAD:

1.- Sabe usted leer? SI NO

2.- ¿Hasta qué año estudio usted?

_____ sin escuela	_____ educ. técnica o prep. incom.
_____ primaria incompleta	_____ educ. técnica o prep. comp.
_____ primaria completa	_____ universidad incompleta
_____ secundaria incompleta	_____ universidad completa
_____ secundaria completa	_____ estudios de postgrado

TRABAJO:

3.- ¿Trabaja usted actualmente? SI NO

4.- ¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

5.- Si usted trabaja, ¿qué horario de trabajo tiene?

\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo durante el día  
\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por turnos alternados día/noche  
\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por las noches  
\_\_\_\_\_ trabajo de medio tiempo

6.- Si usted trabaja, ¿qué tipo de trabajo tiene?

\_\_\_\_\_ trabajo por salario fijo  
\_\_\_\_\_ trabajo por honorarios  
\_\_\_\_\_ trabajo por destajo  
\_\_\_\_\_ trabajo por cuenta propia

7.- Si usted no trabaja actualmente, ¿cuál es la razón?

- retirado (jubilado)
- incapacitado permanentemente
- incapacitado temporalmente (o enfermo)
- desempleado temporalmente
- busca trabajo y no lo encuentra
- no quiere trabajar
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

8.- ¿En qué trabaja actualmente o cuál fue su último trabajo?

- comerciante
- profesional
- empleado
- maestro
- obrero
- oficio
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

**NIVEL SOCIOECONOMICO:**

9.- ¿Cuánto dinero gana actualmente en su trabajo mensualmente?

- de \$40,000 a \$50,000
- de \$50,000 a \$60,000
- de \$60,000 a \$70,000
- de \$70,000 a \$80,000
- más de \$80,000 (especifique) \_\_\_\_\_

10.- ¿Alguien más aporta dinero en su casa aparte de usted? SI NO

11.- ¿Quién o quiénes aportan dinero?

- padre
- hijos
- madre
- hermanos
- esposa
- otros

12.- ¿Cuánto ganan actualmente entre todos en su casa mensualmente?

- de \$70,000 a \$80,000
- de \$80,000 a \$90,000
- de \$90,000 a \$100,000
- de \$100,000 a \$110,000
- más de \$110,000 (especifique) \_\_\_\_\_

13.- Tipo de casa:

- casa familiar individual
- casa familiar compartida
- cuarto/casa de huéspedes
- departamento
- vecindad
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

14.- Su casa es:

- propia                       rentada                       otros (especifique)

15.- Condición de la casa o unidad habitacional del entrevistado:

- casa con materiales de desecho
- casa con paredes de tabicón
- casa con paredes enyesadas y pintadas
- casa con algunos acabados de lujo (piso de granito, ventanas, etc.)

16.- Su casa cuenta con servicios? (señale los que tenga)

- teléfono                       baños
- agua                               drenaje
- luz                                 gas estacionario
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

ASPECTOS GENERALES DE SALUD:

17.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último año?

- excelente     bueno     regular     malo     pésimo

18.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último mes?

- excelente     bueno     regular     malo     pésimo

19.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave durante los últimos doce meses? (especifique) \_\_\_\_\_

20.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave en el curso de su vida? (especifique) \_\_\_\_\_

21.- ¿Tiene usted alguna incapacidad o enfermedad crónica o permanente? (especifique) \_\_\_\_\_



22.- Indique el número de veces que ha tenido los siguientes problemas durante el último año: (coloque una x en el espacio correspondiente)

	nunca en el último año	menos de una vez al mes	una vez al mes	una vez por semana	diario o casi diario
gases					
vértigos					
náuseas					
dolor abdominal					
diarrea					
agruras					
dificultad p/respirar					
palpitaciones					
dolor de espalda					
culebrillas articulares					
dolor de cabeza					
dificultad p/concentrarse					
dificultad p/dormir o despertar					
tembor de manos					
crisis (convulsiones, desmayos)					
problemas renales					
irritabilidad					
recuerdo, ansiedad					

fatiga					
apetito disminuido					
enfermedades del hígado					
sangrado del tubo digesti vo					
transfusiones					

23.- De los 18 años en adelante, ¿ha tenido golpes duros en la cabeza - en los que haya tenido? (indique cuáles)

\_\_\_\_\_ fractura de cráneo                      \_\_\_\_\_ hospitalización  
 \_\_\_\_\_ sangrado por oídos                      \_\_\_\_\_ amnesia  
 \_\_\_\_\_ inconciencia                      \_\_\_\_\_ otros (especifique) \_\_\_\_\_

24.- Durante el último año, ha sido hospitalizado?    SI                      NO

Si ha sido así, mencione por cuánto tiempo y por qué motivo?

\_\_\_\_\_ meses                      \_\_\_\_\_ semanas                      \_\_\_\_\_ días motivo \_\_\_\_\_

25.- ¿Padece o alguna vez ha padecido de?: (conteste SI, sólo si fue -- diagnosticado por un médico)

anemia	SI	NO
artritis o reumatismo	SI	NO
cáncer	SI	NO
problemas crónicos del hígado	SI	NO
diabetes	SI	NO
presión alta	SI	NO
problemas del riñón	SI	NO
tuberculosis	SI	NO
úlceras	SI	NO
epilepsia	SI	NO

26.- Si durante los últimos doce meses, ha tomado alguna medicina que afectara su estado de ánimo, cuáles han sido esas medicinas y con qué frecuencia las ha tomado?

INDICA RARA ALGUNAS A MENUDO FRECUENTE EN EL ÚLTIMO MES (indique la opción)  
 vez veces mente

pastillas para alergias						
anfetaminas (estimulantes)						
antibióticos						
antidepresivos						
aspirinas						
pastillas para dieta						
laxantes						
pastillas para dolor						
pastillas para dormir						
medicamentos p/indigestión						
tranquilizantes						
vitaminas						

27.- Si durante los últimos doce meses ha usado alguna sustancia tóxica, cuáles han sido esas sustancias y con qué frecuencia las ha usado?

INDICA RARA ALGUNAS A MENUDO FRECUENTE EN EL ÚLTIMO MES (indique la opción)  
 vez veces mente

alcohol						
cocaína						
mariguana						
heroina						
tabaco						

peyote						
hongos						
gasolina						

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

28.- En el último año, ¿ha ingerido alguna bebida alcohólica? SI NO

29.- Si contestó negativamente la pregunta anterior, diga 3 razones --- principales por las cuales no bebe:

a).- \_\_\_\_\_

b).- \_\_\_\_\_

c).- \_\_\_\_\_

30.- ¿Cuánto tiempo tiene sin probar alguna bebida alcohólica?

\_\_\_\_\_

31.- ¿En los últimos cinco años ha tenido usted alguna experiencia en - la que se haya emborrachado? SI NO

32.- ¿Cuántos años antes de esta encuesta tuvo usted esa experiencia?

\_\_\_\_\_ años

33.- ¿En su familia hay alguien que tenga o haya tenido problemas de alcohólico? SI NO

34.- Si contestó afirmativamente la pregunta anterior, ¿quién o quiénes? \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACION

**ANEXO N° . 4**

**CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL**  
**(bebedores sociales y alcohólicos activos)**

QUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

Ficha de identificación:

Nombre (iniciales) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil - Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

Delegación o municipio en que vive \_\_\_\_\_

Colonia en la que vive \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD:

1.- ¿Sabe usted leer? SI NO

2.- ¿Hasta qué año estudio usted?

- |                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| _____ sin escuela           | _____ educ. técnica o prep. incom. |
| _____ primaria incompleta   | _____ educ. técnica o prep. comp.  |
| _____ primaria completa     | _____ universidad incompleta       |
| _____ secundaria incompleta | _____ universidad completa         |
| _____ secundaria completa   | _____ estudios de postgrado        |

TRABAJO:

3.- ¿Trabaja usted actualmente? SI NO

4.- ¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

5.- Si usted trabaja, ¿qué horario de trabajo tiene?

- \_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo durante el día
- \_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por turnos alternados día/noche
- \_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por las noches
- \_\_\_\_\_ trabajo de medio tiempo

6.- Si usted trabaja, ¿qué tipo de trabajo tiene?

- \_\_\_\_\_ trabajo por salario fijo
- \_\_\_\_\_ trabajo por honorarios
- \_\_\_\_\_ trabajo por destajo
- \_\_\_\_\_ trabajo por cuenta propia

7.- Si usted no trabaja actualmente, ¿cuál es la razón?

- retirado (jubilado)
- incapacitado permanentemente
- incapacitado temporalmente (o enfermo)
- desempleado temporalmente
- busca trabajo y no lo encuentra
- no quiere trabajar
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

8.- ¿En qué trabaja actualmente o cuál fue su último trabajo?

- comerciante
- profesional
- empleado
- maestro
- obrero
- oficio
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

**NIVEL SOCIOECONOMICO:**

9.- ¿Cuánto dinero gana actualmente en su trabajo mensualmente?

- de \$40,000 a \$50,000
- de \$50,000 a \$60,000
- de \$60,000 a \$70,000
- de \$70,000 a \$80,000
- más de \$80,001 (especifique) \_\_\_\_\_

10.- ¿Alguien más aporta dinero en su casa aparte de usted? SI NO

11.- ¿Quién o quiénes aportan dinero?

- padre
- hijos
- madre
- hermanos
- esposa
- otros

12.- ¿Cuánto ganan actualmente entre todos en su casa mensualmente?

- de \$70,000 a \$80,000
- de \$80,000 a \$90,000
- de \$90,000 a \$100,000
- de \$100,000 a \$110,000
- más de \$110,001 (especifique) \_\_\_\_\_



13.- Tipo de casa:

- casa familiar individual
- casa familiar compartida
- cuarto/casa de huéspedes
- departamento
- vecindad
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

14.- Su casa es:

- propia                       rentada                       otros (especifique)

15.- Condición de la casa o unidad habitacional del entrevistado:

- casa con materiales de desecho
- casa con paredes de tabicón
- casa con paredes enyesadas y pintadas
- casa con algunos acabados de lujo (piso de granito, ventanas, etc.)

16.- Su casa cuenta con servicios? (señale los que tenga)

- teléfono                       baños
- agua                               drenaje
- luz                                 gas estacionario
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

ASPECTOS GENERALES DE SALUD:

17.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último año?

- excelente     bueno     regular     malo     pésimo

18.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último mes?

- excelente     bueno     regular     malo     pésimo

19.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave durante los últimos doce meses? (especifique) \_\_\_\_\_

20.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave en el curso de su vida? (especifique) \_\_\_\_\_

21.- ¿Tiene usted alguna incapacidad o enfermedad crónica o permanente? (especifique) \_\_\_\_\_

22.- Indique el número de veces que ha tenido los siguientes problemas durante el último año: (coloque una x en el espacio correspondiente)

nunca en el último año    menos de una vez al mes    una vez al mes    una vez por semana    diario o casi diario

	nunca en el último año	menos de una vez al mes	una vez al mes	una vez por semana	diario o casi diario
gases					
vómitos					
náuseas					
dolor abdominal					
diarrea					
aguras					
dificultad p/respirar					
palpitaciones					
dolor de espalda					
calambres musculares					
dolor de cabeza					
dificultad p/concentrarse					
dificultad p/dormir o despertar					
temblor de manos					
crisis (convulsivas, desmayos)					
problemas sexuales					
irritabilidad					
nerviosismo, ansiedad					
tristeza					

fatiga					
aporteo					
diarrea					
conformación del hígado					
sangrado del tubo digesti vo					
transfusiones					

23.- De los 13 años en adelante, ¿ha tenido golpes duros en la cabeza - en los que haya tenido? (indique cuáles)

fractura de cráneo                       hospitalización  
 sangrado por oídos                       anestesia  
 inconciencia                               otros (especifique) \_\_\_\_\_

24.- Durante el último año ha sido hospitalizado? SI                      NO

Si ha sido así, mencione por cuánto tiempo y por qué motivo?

\_\_\_\_\_ meses                      \_\_\_\_\_ semanas                      \_\_\_\_\_ días motivo \_\_\_\_\_

25.- ¿Padece o alguna vez ha padecido de?: (conteste SI, sólo si fue diagnosticado por un médico)

anemia	SI	NO
artritis o reumatismo	SI	NO
cáncer	SI	NO
problemas crónicos del hígado	SI	NO
diabetes	SI	NO
presión alta	SI	NO
problemas del riñón	SI	NO
tuberculosis	SI	NO
úlceras	SI	NO
epilepsia	SI	NO



peyote						
hongos						
gasolina						

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

**A) ASPECTOS GENERALES DE USO: (tipo, frecuencia y cantidad de bebida)**

28.- Ingiere usted actualmente bebidas alcohólicas?    SI            NO

29.- ¿A qué edad comenzó usted a ingerir alguna bebida alcohólica?

Edad en años \_\_\_\_\_

30.- Durante el último año, ¿qué tan a menudo ha tomado usted cualquier tipo de bebida que tuviera alcohol, sea vino, cerveza, bebida destilada (ron, brandy, tequila, vodka), pulque, alcohol puro o cualquier otra bebida? (marque una respuesta)

- \_\_\_\_\_ tres o más veces al día
- \_\_\_\_\_ dos veces al día
- \_\_\_\_\_ una vez al día
- \_\_\_\_\_ casi todos los días (5 ó más veces a la semana)
- \_\_\_\_\_ tres o cuatro veces a la semana
- \_\_\_\_\_ una o dos veces por semana
- \_\_\_\_\_ dos o tres veces al mes
- \_\_\_\_\_ alrededor de una vez al mes
- \_\_\_\_\_ menos de una vez al mes, pero cuando menos una vez al año.

31.- Durante los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió alguna bebida alcohólica? (marque una respuesta por tipo de bebida)

vino    cerveza    bebida dest.    pulque    alcohol puro

3 ó más veces al día					
2 veces al día					
1 vez al día					
casi todos los días (5 ó más veces a la sem.)					
3 ó 4 veces a la semana					
1 ó 2 veces a la semana					

2 ó 3 veces al mes					
alrededor de 1 vez al mes					
menos de 1 vez al mes,					
pero cuando menos 1 vez al año					

32.- En los últimos doce meses, ¿cuánto usualmente ingirió de la bebida - en una ocasión típica? (excluir diciembre) (señale una opción por-bebida)

vino	1 copa	2-3 copas	4-5 copas	1/2 litro	+ 1 litro
cerveza	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
beb. dest.	1 vaso	2-3 vasos	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros
pulque	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
alcohol	1 copa	2-3 copas	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros

33.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ingirió alguna bebida - alcohólica? (marque una respuesta por tipo de bebida)

vino    cerveza    bebida dest.    pulque    alcohol puro

3 ó más veces al día					
2 veces al día					
1 vez al día					
casi todos los días (5 ó más veces por sem.)					
3 ó 4 veces por semana					
1 ó 2 veces por semana					
2 ó 3 veces al mes					
alrededor de 1 vez al mes					

34.- Durante el último mes, ¿cuánto usualmente ingirió de la bebida en una ocasión típica? (señale una opción por bebida)

vino	1 copa	2-3 copas	4-5 copas	1/2 litro	+ 1 litro
cerveza	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
beb. dest.	1 vaso	2-3 vasos	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros
pulque	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
alcohol	1 copa	2-3 copas	1/2 litros	1 litro	+ 2 litros

35.- Podría decirme en dónde y con qué frecuencia ha ingerido bebidas - alcohólicas durante los últimos doce meses?

	casas	restaurant	cantina/bar	otros (especifique)
3 ó más al día				
2 veces al día				
1 vez al día				
casi todos los días (5 ó más veces a la sem.)				
3 ó 4 veces por semana				
1 ó 2 veces por semana				
2 ó 3 veces al mes				
alrededor de 1 vez al mes				
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año				
otros (especifique)				

36.- Durante los últimos doce meses, ¿con quién o quiénes ha acostumbrado beber y con qué frecuencia?

	nunca	rara vez	algunas veces	a menudo	frecuentemente
solo					
amigos					
parientes					
esposa					
otros (especifique)					

37.- Durante los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ha llegado usted a sentir los efectos de la bebida?

se emborrachaba se mareaba se sentía alegre somnoliento

todos los días o casi todos los días (5 ó más veces por semana)				
3 ó 4 veces por semana				
1 ó 2 veces por semana				
de 1 a 3 veces al mes				
de 7 a 11 veces en el último año				
de 3 a 6 veces en el último año				
2 veces en el último año				
1 vez en el año				

38.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha llegado usted a sentir los efectos de la bebida?

se emborrachaba se mareaba se sentía alegre somnoliento

todos los días o casi todos los días (5 ó más veces por semana)				
3 ó 4 veces por semana				
1 ó 2 veces por semana				
de 1 a 3 veces al mes				

39.- La última vez que usted ingirió alguna bebida alcohólica, ¿qué tipo de bebida consumió?

- vino solamente
- cerveza solamente
- destilado o alcohol solamente
- pulque solamente
- vino y cerveza
- vino y destilado (o alcohol)
- cerveza y destilado (o alcohol)



- \_\_\_\_\_ vino, cerveza y destilado (o alcohol)  
\_\_\_\_\_ pulque y otra bebida
- 40.- ¿Cuántas copas tomó en esa ocasión?  
\_\_\_\_\_ número
- 41.- ¿Estaba usted solo?                      SI                      NO

**B) PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL:**

- 42.- ¿Considera usted que tiene problemas por su manera de beber?  
SI                      NO                      Diga por qué \_\_\_\_\_
- 43.- Durante los últimos doce meses, ¿ha perdido algún trabajo por causa de la bebida?                      SI                      NO
- 44.- Si contestó afirmativamente la pregunta anterior, ¿por cuánto tiempo estuvo sin empleo?  
\_\_\_\_\_ años                      \_\_\_\_\_ meses                      \_\_\_\_\_ semanas
- 45.- Si estuvo sin trabajo (desempleado) por causa de su manera de beber, usted considera que cuando estaba sin trabajo bebía:  
\_\_\_\_\_ más bebidas alcohólicas de lo habitual  
\_\_\_\_\_ menos bebidas alcohólicas de lo habitual  
\_\_\_\_\_ más o menos igual cantidad  
\_\_\_\_\_ no bebía alcohol cuando estaba sin empleo
- 46.- Si durante los últimos doce meses, ha tenido alguna dificultad por beber mucho, ¿qué tipo de dificultad ha tenido?  
\_\_\_\_\_ problemas de salud  
\_\_\_\_\_ problemas de dinero  
\_\_\_\_\_ problemas familiares  
\_\_\_\_\_ dificultades en su vecindario  
\_\_\_\_\_ dificultades con la policía  
\_\_\_\_\_ dificultades con los amigos  
\_\_\_\_\_ golpes, fracturas o lesiones  
\_\_\_\_\_ otras (especifique) \_\_\_\_\_

47.- Si ha tenido alguna dificultad con la policía que haya estado relacionada con su forma de beber, ¿qué tipo de dificultad ha tenido?

- se emborrachó en público y lo arrestaron
- se peleó
- discutió con la policía u otra autoridad
- manejó borracho y lo detuvieron
- atropelló a alguien
- mató a alguien
- lastimó a alguien
- robó
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

INFORMACION ESPECIFICA SOBRE EL USO DEL ALCOHOL:

EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: (señale una sola opción)

48.- ¿No ha comido por estar bebiendo?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

49.- ¿Ha notado que no puede parar de beber una vez que ha empezado?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

50.- ¿Ha necesitado tomar bebidas alcohólicas en la mañana después de haber tomado en exceso?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

51.- ¿No ha podido recordar qué sucedió la noche anterior mientras bebía?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

52.- ¿Ha estado en situaciones en las que ha bebido más que sus amigos?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

53.- ¿Ha bebido rápidamente para acelerar el efecto del alcohol?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

54.- ¿Ha fallado en sus obligaciones habituales por estar bebiendo?

siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca

- 55.- ¿Se ha mantenido intoxicado varios días seguidos?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 56.- ¿Ha necesitado más alcohol que antes para lograr los efectos de---  
 seados?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 57.- ¿Ha tratado de reducir la ingestión de bebidas alcohólicas sin con-  
 seguirlo?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 58.- ¿Ha necesitado tomar bebidas alcohólicas en horarios en los que ha  
 habitualmente no bebía?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 59.- ¿Le han temblado las manos al día siguiente de haber bebido?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 60.- ¿Ha recibido golpes o contusiones fuertes en la cabeza?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 61.- ¿Con qué frecuencia se ha deprimido después de haber bebido?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 62.- ¿Con qué frecuencia se ha sentido contento después de haber bebido?  
 \_\_siempre \_\_muchas veces \_\_algunas veces \_\_pocas veces \_\_nunca
- 63.- ¿Alguna vez ha intentado dejar de beber? SI NO
- 64.- Durante los últimos doce meses, ¿ha intentado dejar de beber?  
 SI NO
- 65.- Si contestó afirmativamente la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo -  
 duró sin beber? (el período más largo)  
 \_\_\_\_\_meses \_\_\_\_\_semanas \_\_\_\_\_días
- 66.- Durante el último mes, ¿ha intentado dejar de beber? SI NO
- 67.- Si contestó afirmativamente la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo  
 duró sin beber? (el período más largo)  
 \_\_\_\_\_semanas \_\_\_\_\_días
- 68.- Durante el último mes, ¿cuántos días de la última semana bebió?  
 \_\_\_\_\_días

69.- Las personas beben diferentes cantidades de bebidas alcohólicas en distintas épocas de su vida. En el último año, ¿ha habido algún -- período en que usted haya bebido más?

NO - \_\_\_\_\_ siempre he bebido la misma cantidad

SI - \_\_\_\_\_ he bebido más en el último año que en cualquier otro período

Hubo alguna razón especial para beber en ese período?

\_\_\_\_\_ estaba bajo tensión

\_\_\_\_\_ por desempleo

\_\_\_\_\_ tenía más dinero

\_\_\_\_\_ no tenía responsabilidades

\_\_\_\_\_ estaba con un grupo que bebía mucho

\_\_\_\_\_ no tenía otra cosa que hacer

\_\_\_\_\_ no podía dejar de beber

\_\_\_\_\_ por problemas familiares

\_\_\_\_\_ por problemas emocionales

\_\_\_\_\_ sin razón especial

\_\_\_\_\_ otras (especifique) \_\_\_\_\_

70.- ¿Hubo alguna razón especial para dejar de beber al final de ese período?

\_\_\_\_\_ no dejé de beber al final de ese período

\_\_\_\_\_ sin razón especial

\_\_\_\_\_ gastos

\_\_\_\_\_ contrajo matrimonio

\_\_\_\_\_ esposa se opuso

\_\_\_\_\_ novia se opuso

\_\_\_\_\_ presiones familiares

\_\_\_\_\_ presiones de amistades

\_\_\_\_\_ por entrar a un programa de tratamiento

\_\_\_\_\_ por mala salud en general

\_\_\_\_\_ por sentimientos de culpabilidad

\_\_\_\_\_ otras (especifique) \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACION

**ANEXO N°. 5**

**CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL**  
**(alcohólicos pasivos)**

CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL.

Ficha de identificación:

Nombre (iniciales) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil - Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

Delegación o municipio en que vive \_\_\_\_\_

Colonia en la que vive \_\_\_\_\_

-----  
ESCOLARIDAD:

1.- ¿Sabe usted leer? SI NO

2.- ¿Hasta qué año estudió usted?

_____ sin escuela	_____ educ. técnica o prep. incom.
_____ primaria incompleta	_____ educ. técnica o prep. comp.
_____ primaria completa	_____ universidad incompleta
_____ secundaria incompleta	_____ universidad completa
_____ secundaria completa	_____ estudios de postgrado

TRABAJO:

3.- ¿Trabaja usted actualmente? SI NO

4.- ¿Cuánto tiempo tiene en su actual trabajo?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

5.- Si usted trabaja, ¿qué horario de trabajo tiene?

\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo durante el día  
\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por turnos alternados día/noche  
\_\_\_\_\_ trabajo de tiempo completo por las noches  
\_\_\_\_\_ trabajo de medio tiempo

6.- Si usted trabaja, ¿qué tipo de trabajo tiene?

\_\_\_\_\_ trabajo por salario fijo  
\_\_\_\_\_ trabajo por honorarios  
\_\_\_\_\_ trabajo por destajo  
\_\_\_\_\_ trabajo por cuenta propia

7.- Si usted no trabaja actualmente, ¿cuál es la razón?

- retirado (jubilado)
- incapacitado permanentemente
- incapacitado temporalmente (o enfermo)
- desempleado temporalmente
- busca trabajo y no lo encuentra
- no quiere trabajar
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

8.- ¿En qué trabaja actualmente o cuál fue su último trabajo?

- comerciante
- profesional
- empleado
- maestro
- obrero
- oficio
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

**NIVEL SOCIOECONOMICO:**

9.- ¿Cuánto dinero gana actualmente en su trabajo mensualmente?

- de \$40,000 a \$50,000
- de \$50,000 a \$60,000
- de \$60,000 a \$70,000
- de \$70,000 a \$80,000
- más de \$80,000 (especifique) \_\_\_\_\_

10.- ¿Alguien más aporta dinero en su casa aparte de usted? SI NO

11.- ¿Quién o quiénes aportan dinero?

- padre
- hijos
- madre
- hermanos
- esposa
- otros

12.- ¿Cuánto ganan actualmente entre todos en su casa mensualmente?

- de \$70,000 a \$80,000
- de \$80,000 a \$90,000
- de \$90,000 a \$100,000
- de \$100,000 a \$110,000
- más de \$110,000 (especifique) \_\_\_\_\_



13.- Tipo de casa:

- casa familiar individual
- casa familiar compartida
- cuarto/casa de huéspedes
- departamento
- vecindad
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

14.- Su casa es:

- propia
- rentada
- otros (especifique)

15.- Condición de la casa o unidad habitacional del entrevistado:

- casa con materiales de desecho
- casa con paredes de tabicón
- casa con paredes enyesadas y pintadas
- casa con algunos acabados de lujo (piso de granito, ventanas, etc.)

16.- Su casa cuenta con servicios? (señale los que tenga)

- teléfono
- agua
- luz
- baños
- drenaje
- gas estacionario
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

ASPECTOS GENERALES DE SALUD:

17.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último año?

- excelente
- bueno
- regular
- malo
- pésimo

18.- ¿Cómo ha sido su estado general de salud en el último mes?

- excelente
- bueno
- regular
- malo
- pésimo

19.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave durante los últimos doce meses? (especifique) \_\_\_\_\_

20.- ¿Ha tenido usted algún accidente (lesión) o enfermedad grave en el curso de su vida? (especifique) \_\_\_\_\_

21.- ¿Tiene usted alguna incapacidad o enfermedad crónica o permanente? (especifique) \_\_\_\_\_

22.- Indique el número de veces que ha tenido los siguientes problemas durante el último año: (coloque una x en el espacio correspondiente)

nunca en el último año    menos de una vez al mes    una vez al mes    una vez por semana    diario o casi diario

	nunca en el último año	menos de una vez al mes	una vez al mes	una vez por semana	diario o casi diario
gases					
vómitos					
náuseas					
dolor abdominal					
diarrea					
oprimos					
dificultad p/respirar					
palpitaciones					
dolor de espalda					
calambres musculares					
dolor de cabeza					
dificultad p/concentrarse					
dificultad p/dormir o despertar					
temblo de manos					
crisis (convulsivas, desmayos)					
problemas sexuales					
irritabilidad					
neurálgica, ansiedad					

intepa					
apetito deprimido					
enfermedades del hígado					
enfermedad del tubo digesti vo					
transfusiones					

23.- De los 18 años en adelante, ¿ha tenido golpes duros en la cabeza - en los que haya tenido? (indique cuáles)

fractura de cráneo                       hospitalización  
 sangrado por oídos                       amnesia  
 inconciencia                               otros (especifique) \_\_\_\_\_

24.- Durante el último año, ha sido hospitalizado? SI NO

Si ha sido así, mencione por cuánto tiempo y por qué motivo?

\_\_\_\_\_ meses                      \_\_\_\_\_ semanas                      \_\_\_\_\_ días motivo \_\_\_\_\_

25.- ¿Padece o alguna vez ha padecido de?: (conteste SI, sólo si fue diagnosticado por un médico)

anemia	SI	NO
artritis o reumatismo	SI	NO
cáncer	SI	NO
problemas crónicos del hígado	SI	NO
diabetes	SI	NO
presión alta	SI	NO
problemas del riñón	SI	NO
tuberculosis	SI	NO
úlceras	SI	NO
epilepsia	SI	NO

26.- Si durante los últimos doce meses, ha tomado alguna medicina que -  
afectara su estado de ánimo, cuáles han sido esas medicinas y con  
qué frecuencia las ha tomado?

nunca rara algunas a menudo frecuente EN EL ÚLTIMO MES (in-  
vez veces mente dique la opción)

pastillas para alergias						
anfetaminas (estimulantes)						
antibióticos						
antidepresivos						
aspirinas						
pastillas para dieta						
laxantes						
pastillas para dolor						
pastillas para dormir						
medicamentos p/indigestión						
tranquilizantes						
vitaminas						

27.- Si durante los últimos doce meses ha usado alguna sustancia tóxica,  
cuáles han sido esas sustancias y con qué frecuencia las ha usado?

nunca rara vez algunas a menudo frecuente EN EL ÚLTIMO MES  
veces mente (indique la op-  
ción)

heroína						
cocaína						
marihuana						
cemento						
thinner						
LSD						

peyote						
hongos						
gasolina						

CONSUMO DE ALCOHOL:

A) ASPECTOS GENERALES DE USO: (tipo, frecuencia y cantidad de bebida)

28.- ¿A qué edad comenzó usted a ingerir alguna bebida alcohólica?

Edad en años \_\_\_\_\_

29.- ¿Hace cuánto tiempo que no ingiere usted alguna bebida alcohólica?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

30.- En el último año en que usted bebió, ¿qué tan a menudo tomaba usted cualquier tipo de bebida que tuviera alcohol, sea vino, cerveza, bebida destilada (ron, brandy, tequila, vodka), pulque, alcohol puro o cualquier otra bebida? (marque una respuesta)

\_\_\_\_\_ tres o más veces al día

\_\_\_\_\_ dos veces al día

\_\_\_\_\_ una vez al día

\_\_\_\_\_ casi todos los días ( 5 ó más veces a la semana)

\_\_\_\_\_ tres o cuatro veces por semana

\_\_\_\_\_ una o dos veces por semana

\_\_\_\_\_ dos o tres veces al mes

\_\_\_\_\_ alrededor de una vez al mes

\_\_\_\_\_ menos de una vez al mes, pero cuando menos una vez al año

31.- En el último año en que usted bebió, ¿con qué frecuencia lo hizo?

(marque una respuesta por tipo de bebida)

vino    cerveza    bebida dest.    pulque    alcohol puro

3 ó más veces al día					
2 veces al día					
1 vez al día					
casi todos los días (5 ó más veces por semana)					
3 ó 4 veces por semana					
1 ó 2 veces por semana					

2 ó 3 veces al mes					
alrededor de 1 vez al mes					
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año					

32.- En el último año en que usted bebió, ¿cuánto usualmente ingería de la bebida en una ocasión típica? (excluir diciembre) (señale una opción por bebida)

vino	1 copa	2-3 copas	4-5 copas	1/2 litro	+ 1 litro
cerveza	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
beb. dest.	1 vaso	2-3 vasos	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros
pulque	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
alcohol	1 copa	2-3 copas	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros

33.- En el último mes en que usted bebió, ¿con qué frecuencia lo hizo? (marque una respuesta por tipo de bebida)

	vino	cerveza	bebida dest.	pulque	alcohol puro
3 ó más veces al día					
2 veces al día					
1 vez al día					
casi todos los días (5 ó más veces por semana)					
3 ó 4 veces por semana					
1 ó 2 veces por semana					
2 ó 3 veces al mes					
alrededor de 1 vez al mes					

34.- En el último mes en que usted bebió, ¿cuánto usualmente ingería de la bebida en una ocasión típica? (señale una opción por bebida)

vino	1 copa	2-3 copas	4-5 copas	1/2 litro	+ 1 litro
cerveza	1 vaso	2-3 vasos	1 litro	2 litros	+ 2 litros
beb. dest.	1 vaso	2-3 vasos	1/2 litro	1 litro	+ 2 litros

pulque            1 vaso    2-3 vasos    1 litro    2 litros    + 2 litros  
 alcohol           1 copa    2-3 copas    1/2 litro    1 litro    + 2 litros

35.- ¿Podría decirme en dónde y con qué frecuencia ingería bebidas alcólicas en el último año en que usted bebió?

casas    restaurant    cantina/bar    otros(especifique)

3 ó más veces al día				
2 veces al día				
1 vez al día				
casi todos los días (5 ó más veces por semana)				
3 ó 4 veces por semana				
1 ó 2 veces por semana				
2 ó 3 veces al mes				
alrededor de 1 vez al mes				
menos de 1 vez al mes, pero cuando menos 1 vez al año				
otros (especifique)				

36.- En el último año en que usted bebió, ¿con quién o quiénes acostumbraba beber y con qué frecuencia?

nunca    rara vez    algunas veces    a menudo    frecuentemente

solo					
amigos					
parientes					
esposa					
otros (especifique)					

37.- En el último año en que usted bebió, ¿con qué frecuencia llegó usted a sentir los efectos de la bebida?

se emborrachaba    se mareaba    se sentía alegre    somnoliento

todos los días ó casi todos los días (5 ó más veces por semana)				
3 ó 4 veces por semana				

1 ó 2 veces a la semana				
de 1 a 3 veces al mes				
de 7 a 11 veces en el último año				
2 veces en el último año				
1 vez al año				

38.- En el último mes en que usted bebió, ¿con qué frecuencia llegó usted a sentir los efectos de la bebida?

se emborrachaba se mareaba se sentí alegre somnoliento

casi todos los días o casi todos los días (5 ó más veces por semana)				
3 ó 4 veces por semana				
1 ó 2 veces por semana				
de 1 a 3 veces al mes				

39.- La última vez que usted ingirió alguna bebida alcohólica, ¿qué tipo de bebida consumió?

- vino solamente
- cerveza solamente
- destilado o alcohol solamente
- pulque solamente
- vino y cerveza
- vino y destilado (o alcohol)
- cerveza y destilado (o alcohol)
- vino, cerveza y destilado (o alcohol)
- pulque y otra bebida

40.- ¿Cuántas copas tomó en esa ocasión?

\_\_\_\_\_ número

41.- ¿Estaba usted solo?                      SI                      NO

42.- ¿Durante cuánto tiempo estuvo tomando en forma constante, de manera que afectara su salud física y/o mental?

\_\_\_\_\_ años                      \_\_\_\_\_ meses





lastimó a alguien  
 robó  
 otras (especifique) \_\_\_\_\_

INFORMACION ESPECIFICA SOBRE EL USO DEL ALCOHOL:

EN EL ULTIMO AÑO EN QUE USTED BEBIO: (señale una sola opción)

- 48.- ¿No comió por estar bebiendo?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 49.- ¿Notó que no podía parar de beber una vez que había empezado?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 50.- ¿Necesitó tomar bebidas alcohólicas en la mañana después de haber-  
tomado en exceso?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 51.- ¿No pudo recordar qué sucedió la noche anterior mientras bebía?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 52.- ¿Estuvo en situaciones en las que bebió más que sus amigos?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 53.- ¿Bebió rápidamente para acelerar el efecto del alcohol?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 54.- ¿Falló en sus obligaciones habituales por haber bebido?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 55.- ¿Se mantuvo intoxicado varios días seguidos?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 56.- ¿Necesitó más alcohol que antes para lograr los efectos deseados?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 57.- ¿Trató de reducir la ingestión de bebidas alcohólicas sin conse-  
guirlo?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca
- 58.- ¿Necesitó tomar bebidas alcohólicas en horarios en los que habi-  
tualmente no bebía?  
 siempre  muchas veces  algunas veces  pocas veces  nunca



- estaba con un grupo que bebía mucho
- no tenía otra cosa que hacer
- no podía dejar de beber
- por problemas familiares
- por problemas emocionales
- sin razón especial
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

70.- ¿Hubo alguna razón especial para dejar de beber al final de ese período?

- no dejé de beber al final de ese periodo
- sin razón especial
- gastos
- contrajo matrimonio
- esposa se opuso
- novia se opuso
- presiones familiares
- presiones de amistades
- por entrar a un programa de tratamiento
- por mala salud en general
- por sentimientos de culpabilidad
- otras (especifique) \_\_\_\_\_

71.- ¿Cuál fue la razón para que usted dejara de beber en forma definitiva? \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO Nº 6

**TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON**

**FORM E**

