

149
18.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA**

**ALCOHOLISMO CAUSAS,
CONSECUENCIAS Y ALTERNATIVAS DE
REHABILITACION**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

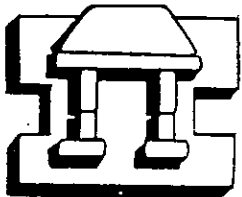
P R E S E N T A :

MARIBEL MAYA PEREZ

DIRECTORA DE TESINA: LIC. MARIA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN

ASESORES: MTRA. DIANA ISELA CORDOBA BASULTO.

MTRO. SALVADOR SAPIEN LOPEZ.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

266880

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A MIS PADRES:

NICOLAS Y CELSA

**POR SU CARIÑO Y CONFIANZA
INCONDICIONAL.**

**POR SU EJEMPLO DE ENTEREZA,
RESPONSABILIDAD Y HONESTIDAD.**

A MIS HERMANOS:

**AGUSTIN, SOCORRO, MOISES
ARIEL Y MIGUEL, POR SU
APOYO Y EJEMPLO DE CONSTANCIA
Y TRABAJO.**

A PEPE:

**MI PAREJA, MI AMIGO, MI
APOYO. POR TU CARIÑO Y
COMPRESION, POR ESA
LUCHA QUE DIA A DIA
COMPARTIMOS JUNTOS.**

AARON:

**MI HIJO PORQUE GRACIAS
A TI CONOCI ÈSE SENTIMIENTO
TAN BELLO Y UNICO QUE ES LA
MATERNIDAD Y POR TUS LOGROS
QUE DIA A DIA DESCUBRIMOS JUNTOS.**

INDICE

| | |
|--|-----------|
| <i>Resumen</i> | <i>i</i> |
| <i>Introducción</i> | <i>ii</i> |
| | |
| Capítulo 1.- Antecedentes y concepto de alcoholismo. | 1 |
| 1.2.- <i>Aspectos históricos del alcoholismo:</i> | 2 |
| 1.3.- <i>Dependencia al alcohol.</i> | 3 |
| | |
| Capítulo 2.- Causas del alcoholismo. | 10 |
| 2.1.- <i>Causas físicas o fisiológicas.</i> | 15 |
| 2.2.- <i>Causas psicológicas</i> | 16 |
| 2.3.- <i>Causas sociales</i> | 16 |
| 2.4.- <i>¿El alcoholismo se hereda?</i> | 17 |
| | |
| Capítulo 3.- Consecuencias del alcoholismo | 20 |
| 3.1.- <i>El alcoholismo en el trabajo.</i> | 22 |
| | |
| Capítulo 4.- Rehabilitación. | 23 |
| 4.1.- <i>Tratamiento y alternativas.</i> | 24 |
| 4.2.- <i>Estrategias terapéuticas.</i> | 27 |
| 4.3.- <i>Recursos terapéuticos auxiliares.</i> | 29 |
| 4.4.- <i>Modelos de prevención</i> | 36 |
| | |
| Capítulo 5.- ¿Es posible la rehabilitación? | 39 |
| | |
| Capítulo 6.- La influencia de los medios de difusión en la alta frecuencia alcohólica de la población mexicana. | 44 |
| | |
| CONCLUSIONES | 51 |
| | |
| Bibliografía | 60 |

RESUMEN

El estudio del alcoholismo ha sido retomado desde el punto de vista médico antropológico o del trabajo social, y nada, o muy poco se ha hecho por tratar de entender que atrás del fenómeno del alcoholismo se encuentran diversas determinantes económicas, sociales y también políticas e ideológicas que reflejan en gran medida relaciones de poder y una enorme gama de intereses creados, nacionales y transnacional.

El acelerado crecimiento del alcoholismo en nuestro país ha jugado una publicidad basada en mensajes subliminales, en la manipulación del inconsciente del espectador, lector u oyente, a quien se sacrifica en aras del lucro de los propietarios de las empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas, nacionales y extranjeras.

En este trabajo se pretende cuestionar qué tan efectiva es la rehabilitación de los Exalcohólicos, y cuál es el impacto publicitario de los medios de comunicación en la adquisición del alcoholismo. Así como tocar los demás aspectos del presente trabajo: antecedentes, causas, consecuencias y alternativas de rehabilitación en el tratamiento del alcoholismo.

INTRODUCCION.

En nuestro país como en los demás países de habla hispana, son muchas las variables que inciden para dar a cada nación matices diferenciales, pero en todas ellas los alcohólicos sufren los mismos trastornos físicos y mentales y también otros problemas menos identificables que generan sufrimiento

Independientemente de las diferencias culturales, la magnitud de los efectos negativos del abuso del alcohol es enorme, lo mismo mueren jóvenes en accidentes automovilísticos, que personas maduras en una violenta riña o algún anciano ebrio que cruza imprudentemente alguna calle transitada. Sin dejar a un lado los problemas familiares que trae consigo tener un familiar alcohólico.

El papel del Psicólogo en el tratamiento del alcoholismo es de suma importancia, ya que el objetivo ideal es sin duda el conducir al paciente a llevar una vida óptima sin alcohol y ayudarlo a encontrar satisfacciones emocionales sustitutivas sin dejar a un lado su oportuna intervención durante los tratamientos de rehabilitación.

El número de personas que abusan o son adictas alcohol ha alcanzado cifras alarmantes, desafortunadamente el consumo de bebidas alcohólicas se ha extendido entre los jóvenes e incluso entre los adolescentes. Las consecuencias psicológicas, familiares y socioeconómicas de este problema son dramáticas. El costo económico que ello representa para el aparato productivo del país, debido al ausentismo y a su interferencia en las capacidades laborales, es altísimo. Sus repercusiones en las relaciones humanas, tanto familiares como sociales, y su relación con elevado s índices de criminalidad,

accidentes, etc. hacen del alcohol uno de los problemas de salud pública más importantes en nuestro país. Por ello es necesario que los profesionales de la salud, y en especial los de la salud mental, participen activamente en la solución de los problemas que causa el alcoholismo. Así como también constatar qué tan efectiva es la rehabilitación del alcohólico y la influencia de la publicidad en la adquisición del alcoholismo en una población dada.

El objetivo del presente trabajo es cuestionar y analizar qué tan efectiva es la "REHABILITACION" en el paciente exalcohólico, así como el impacto publicitario en la adquisición del alcoholismo.

El presente trabajo contiene 6 capítulos :

En el capítulo 1 Se aborda el concepto de alcoholismo a partir de diferentes autores; así como su implicación a través de la historia.

En el capítulo 2 Se mencionan las causas físicas o fisiológicas; así como las psicológicas y sociales las cuales de forma dinámica están implicadas en la adquisición del alcoholismo.

En el capítulo 3 Se describen las consecuencias del alcoholismo en tres niveles (1) familiar, (2) laboral y (3) biológico.

En el capítulo 4 Se mencionan alternativas de tratamiento, estrategias terapéuticas, modelos de prevención según la perspectiva de algunos autores, así como recursos terapéuticos auxiliares.

En el capítulo 5 ¿Se cuestiona? la efectividad o veracidad de la rehabilitación, se transcriben algunas afirmaciones, que ponen en tela de juicio tal rehabilitación.

En el capítulo 6 Se analiza la influencia que tiene el impacto publicitario en la alta frecuencia del alcoholismo en la sociedad mexicana. Y cómo es manejada la publicidad para llegar al individuo e "invitarlo" a recurrir a determinada bebida alcohólica que le puede brindar "bienestar".

Capítulo 1.- Antecedentes y concepto de alcoholismo.

Las sustancias que alteran los procesos mentales han sido conocidas a través de toda la historia escrita de la humanidad en todas las partes del mundo. Muchas de las sustancias se han utilizado para propósitos no necesariamente nocivos. El uso médico cuidadoso de la morfina, el uso ocasional de pequeñas cantidades de alcohol para promover la relajación durante las reuniones sociales o la inducción de estimulación mental por motivos de una taza de café son maneras de recurrir a las drogas que han sido vistas como permisibles por diversas culturas en muchas épocas, y que por regla general pueden practicarse moderadamente sin ocasionarle efectos adversos al organismo (Maden, 1986).

Existen diversas opiniones acerca de lo que es el alcoholismo pero este no se debe identificar como un padecimiento directamente relacionado con el consumo excesivo del alcohol, con las complicaciones a las que suele conducir: problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc. El alcoholismo tampoco es la etapa de intoxicación aguda provocada por la ingestión excesiva de bebidas en el curso de una hora. Un sujeto en esas condiciones es un "alcoholizado" pero no puede ser un alcohólico verdadero; en otras palabras alcoholismo no es lo mismo que "borrachera" (Velasco, 1981).

La definición que parece ser la mejor para Velasco y es aceptada por los más destacados especialistas, es la del doctor Mark Keller quien trabaja en el centro de estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers desde 1958. Y la dejó en los siguientes términos.

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (Ibidem). pag. 25

Para Velasco (1988) es importante contemplar los elementos que contiene esta definición: Indica que el alcoholismo es una enfermedad susceptible de estudio desde ángulos

médicos, etiología (causas), sintomatología (cuadro de la enfermedad), Diagnóstico (procedimiento clínico que ayuda a definir la situación patológica), la rehabilitación que comprende: Tratamiento y retorno a la vida y finalmente la prevención que intenta evitar la aparición de nuevos casos.

Posteriormente la definición indica que es una enfermedad crónica de larga duración, ya que no se puede hablar de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas donde los síntomas de dependencia son visibles.

La definición también contempla la ingestión excesiva de alcohol pese a la desaprobación general, aquí hace referencia a la imposibilidad de dejar de beber ante el rechazo ya que se ha creado también una dependencia física.

La existencia de un daño físico o mental es una condición para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero donde están implicadas la salud física, las relaciones interpersonales y la capacidad para el trabajo.

La definición del Dr. Keller contempla aspectos importantes que determinan que un sujeto sea alcohólico, no pasando por alto otros factores como Psicológicos y Sociales

A continuación se dará un breve bosquejo de como era controlado el consumo del alcohol a través de la Historia:

1.2.- Aspectos históricos del alcoholismo:

En lo que fue la colonia de Virginia (E.U.A.) en el siglo XVII se promulgó una ley que decretaba que cualquier persona que fuera encontrada en estado de embriaguez, la primera vez sería amonestada en privado por el ministro, las segunda vez en público y la tercera sería puesta en el cepo durante 12 horas y pagaría una multa.

En el medio oriente y en el Asia menor, el islamismo erradicó casi por completo el consumo del alcohol. El Corán libro sagrado de los musulmanes que contiene, la ley religiosa

de Mahoma, establece la prohibición de beber vino estipulando que aquél de los seguidores que no cumpla estas y otras reglas divinas será arrojado al fuego devorador.

En el México prehispánico, la motivación para beber alcohol era de tipo únicamente ritual y estaba delimitada a determinadas fechas y conmemoraciones fuera de ahí estaba prohibido beber. (Velasco, 1988).

El comité de expertos en fármacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reafirmó en 1974 varias de sus definiciones previas y revalidó algunas descripciones anteriores. A fin de evitar el uso innecesario de conceptos alternativos, las siguientes exposiciones se ajustan en ciertos aspectos al esquema adoptado por la (OMS) en 1974.

1.3.- Dependencia al alcohol.

- Fármacodependencia o dependencia a las drogas de acuerdo con Maden (1986).

Es un estado psíquico y en ocasiones también físico que se caracteriza por una compulsión a recurrir a una sustancia química, ya sea de modo continuo o periódico para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el malestar de su abstinencia. - Dependencia Psicológica.

Según Maden (Op. cit.) es una condición en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia.

- Dependencia física -

Maden comenta que se manifiesta como un trastorno físico cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de modo importante.

Estos trastornos fisiológicos forman un síndrome de discontinuación o abstinencia de la sustancia que se compone de síntomas somáticos y mentales, signos que son característicos para la sustancia de que se trate o el tipo de droga al que pertenece.

En el caso del alcohol existen, además, ciertos aspectos psicológicos y sociales especiales que en cierta manera justifican que se trate al alcohol en una categoría separada.

Los términos "mal uso y abuso" se utilizan para significar el uso no médico de las drogas, o bien como en el caso del alcohol para significar su uso excesivo. Ambas palabras implican juicios de valor que varían en las distintas sociedades y que resultan difíciles de validar. Más a aún, la palabra "abuso" es de elección desafortunada en tanto que constituye un adjetivo peyorativo excesivo hacia aquéllos que mal usan el alcohol. Los términos sin embargo, siguen utilizándose en caso de que los patrones de consumo de la substancia no alcanzan a merecer el calificativo de dependencia. (Maden, 1986).

En cuanto al uso de determinadas sustancias la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.1981) propuso una serie de conceptos que son tanto objetivos como detallados.

- El uso sin sancionar -

Se refiere al uso del alcohol o de las drogas que no es aprobado por la sociedad. La frase simplemente reporta la desaprobación sin connotar nada sobre sus bases.

- El uso peligroso -

Describe el consumo que puede resultar nocivo para el organismo.

- El uso disfuncional incapacitante -

Indica que ha habido trastornos de las funciones psicológicas o sociales por ejemplo: dificultades en el trabajo o en el matrimonio.

- El uso nocivo -

Implica que ha ocurrido daño mental o trastorno orgánico en el organismo del usuario.

Los trastornos nocivos y las disfunciones pueden originarse del uso peligroso entre individuos que aún no han desarrollado dependencia en su sentido estricto.

La frase "dependencia física" da origen a confusión por que puede no siempre venir acompañada de consumo posterior de alcohol u otra droga, o incluso del deseo de ingerir de nuevo la substancia, ya que, la dependencia física y la tolerancia se desarrollan en paralelo.

El memorándum de 1981 de la O.M.S. propuso el término neuroadaptación. Tal sustantivo se refiere a los cambios neurales adaptativos que subyacen tanto a la tolerancia como a las características de la abstinencia en casos de dependencia física.

El memorándum hace notar que la dependencia es un síndrome que representa un rango de identidad y que abarca las siguientes características:

* Experiencia subjetiva de una compulsión a usar la droga casi siempre durante los intentos de reducir o discontinuar el consumo de la droga.

* El deseo de dejar de tomar la droga aunque el sujeto continúe consumiéndola.

* Un patrón relativamente estereotipado e inflexible de consumir la droga.

* La neuroadaptación (demostrada por las características de la tolerancia y el síndrome de abstinencia).

* La prominencia de la conducta orientada a consumir la droga sobre los demás motivos del comportamiento.

* La renovación rápida del síndrome, después de un intervalo de abstinencia. (Maden, op. cit.)

En una publicación distinta de la Organización Mundial de la Salud la atención se enfoca a la dependencia al alcohol.

En el informe se hacen notar las dificultades que han surgido al tratar de alcanzar una definición consensualmente aceptable de alcoholismo, y propone que el término "alcoholismo" sea substituido por la frase "síndrome de dependencia al alcohol" (Edwards y Cols, 1977).

Un abordaje similar se adoptó en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

Desde enero de 1979 el término aceptado en la CIE ha sido el de "Síndrome de dependencia al alcohol", con el "alcoholismo" enumerado como término de inclusión.

La evaluación práctica de un paciente que se presente con problemas debido al alcohol o a las drogas ha de tomar en consideración los siguientes factores:

- * El patrón de ingestión del alcohol, droga o drogas.
- * El grado de dependencia si la hay.
- * Las incapacidades médicas o no médicas inducidas por el consumo del alcohol o la droga.
- * Los resultados de períodos pasados o actuales de cuidados y tratamientos.
- * Los puntos en contra o a favor en el medio ambiente del individuo que pueden promover o frenar el consumo del alcohol o de drogas.

La prevalencia exacta del mal uso del alcohol y las drogas se desconoce. Como es natural debido al estigma social y legal.

Los casos observados relevantes deben de abarcar dos actividades de investigación distintas y complementarias. La primera consiste en encuestas en que se interroga con cuidado a una muestra representativa de la población respecto al grado de consumo personal del alcohol y las drogas, y los trastornos consecuentes en los distintos ámbitos. El segundo abordaje obtiene información de las numerosas agencias oficiales y civiles voluntarias, que dada su naturaleza tienden a encontrar gente que representa incapacidades debidas al consumo excesivo de alcohol y drogas.

Existen varios indicadores no directos de la prevalencia de las incapacidades derivadas del alcohol, que incluyen la dependencia. Es posible encontrar argumentos en contra de la validez de cada uno de ellos, pero cuando la mayoría de estos indicadores coinciden en apuntar en una dirección es posible extraer conclusiones generales sobre la prevalencia relativa de las incapacidades del alcohol y la dependencia en los distintos países o grupos étnicos y realizar juicios sobre alteraciones temporales de la prevalencia. (Maden, 1986).

Los niveles de consumo nacional de las bebidas alcohólicas reflejan la prevalencia de la dependencia y otros problemas relativos al consumo de alcohol. Entre más alcohol per cápita consuma una comunidad mayor será el número de bebedores excesivos en esta comunidad. El consumo personal arriba de 15 cl. de alcohol absoluto (aproximadamente 120 g& es equivalente a 375 ml ó 12.7 oz de bebidas espirituosas que contengan 40% de alcohol; o bien 937 ml. ó 31.6 oz. de vino que contenga 16% de alcohol ó 3000 ml. ó 101.4 oz de cerveza de 5% de contenido alcohólico absoluto) por día se relaciona a la proporción de incapacidades derivadas del consumo de alcohol, lo que constituye un nivel de ingestión semejante al que comunican los pacientes alcohólicos. (De Lint, 1974). Los números elevados de consumo nacional connotan una alza en el número de bebedores que exceden el promedio diario de 15 cl. de alcohol que se correlacionan con un aumento en la tasa de frecuencia de muerte por cirrosis hepática. Las tasas de consumo nacional de alcohol y de muertes por cirrosis hepática son en particular elevadas en Francia pero también en Austria, Portugal e Italia.

La dependencia al alcohol es un importante factor contribuyente a la tasa de muertes por cirrosis. Esta correlación dio base a la fórmula ideada por el desaparecido E.M. Jellinek para estimar la frecuencia del alcoholismo:

La ecuación propuesta por Jellinek inicialmente se puede cifrar así:

$$A = \text{número total de alcohólicos por complicaciones físicas en un año dado.}$$

$P=$ proporción de muertes por cirrosis hepática atribuibles al alcoholismo.

$$A = \frac{P \cdot D}{K}$$

K

$D=$ número de muertes comunicadas por cirrosis hepática.

$K=$ proporción de alcohólicos con complicaciones que mueren por cirrosis.

Esta fórmula se modificó después para incluir el numerador R, que se refiere a la proporción de todos los alcohólicos respecto a aquellos que tienen complicaciones causadas por su alcoholismo.

Con base en la estimación de que una cuarta parte de los alcohólicos tienen complicaciones físicas, la Organización Mundial de la Salud recurrió a la fórmula de Jellinek para comunicar en 1951 que había alrededor de 370,000 alcohólicos en Inglaterra y Gales (O.M.S., 1951).

En 1959 Jellinek abogó porque se descontinuará el uso de su fórmula, ya que las estimaciones subsecuentes muestran que la curva de prevalencia en Inglaterra y Gales va en constante aumento, y sugieren que los cálculos originales de la O.M.S. eran aproximadamente objetivos cuando se hicieron.

Los criterios de embriaguez y los relativos a beber y manejar guardan cierta dependencia al alcohol, y con los hábitos de bebida de los no alcohólicos y las actividades de la policía. Un estudio londinense de infractores en estado de embriaguez encontró que el 50% de ellos eran dependientes al alcohol, y que otro 26% tenían problemas serios con sus hábitos de beber. La mayoría no eran, por lo tanto, bebedores casuales (Gath y Cols, 1968 Citados en: Maden, 1986). Por edades el grupo que destaca más en Gran Bretaña entre los infractores por manejar en estado de ebriedad es el de las personas menores de 30 años. Muchos de estos jóvenes (como algunos de los infractores de más edad) no son dependientes al alcohol, pero no

obstante es obvio que los alcohólicos que manejan después de haber ingerido alcohol tienen más probabilidad de ser arrestados por manejar en estado de ebriedad.

Las admisiones a los hospitales por alcoholismo y la psicosis alcohólica son otro indicador de prevalencia de la dependencia al alcohol. Esta afirmación es operante pese a que los datos de admisiones a los hospitales reflejan al mismo tiempo la voluntad de los bebedores problema al ingresar a un hospital a tratamiento, y a la política del hospital para recibirlos.

La tasa de muertes comunicadas por incapacidades causadas por el alcohol es de un 60% indicador relativamente no confiable de la frecuencia de dependencia a la bebida o de otras formas de abuso del alcohol. No todas las muertes relevantes reciben una evaluación correcta de sus causas. En muchos casos (Por ejemplo, de muertes por cirrosis hepática causada por alcohol) en que el médico reconoce que el consumo de alcohol es la causa de la muerte se omite su especificación en el acta de defunción.

Las cifras de mortalidad producidas por alcoholismo es de un 30%, como otras distintas contenidas en los registros de defunciones entre los bebedores consuetudinarios peligrosos, son engañosamente bajas.

El incremento en la frecuencia de problemas causados por el alcohol (problemas de salud, familiares y laborales), mucho tiene que ver con la falta de experiencia por parte del público en general sobre como enfrentarse a los problemas de alcohol con el aumento de las libertades para el uso intensivo de la substancia, y al tiempo que disminuye el costo de las bebidas alcohólicas en proporción a los ingresos totales promedio y al monto a gastarse en lujos y superficialidades. (Maden, Op. Cit.)

Para comprender mejor el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe destacar que la gran mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa simple, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia.

Capítulo 2.- Causas del alcoholismo.

La etiología del abuso y la dependencia al alcohol es triple: "el ambiente, el suelo y la semilla. El ambiente aquí simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, sobre todo a las que se refieren a los patrones de consumo de alcohol y drogas en la comunidad. El suelo se refiere a la constitución propia del individuo. Las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad están determinados de modo inicial por la herencia y son moldeados, sobre todo en la infancia, por eventos subsecuentes a la concepción. La semilla implica las cualidades inherentes al alcohol y las drogas que determinan en que manera pueden inducir al mal uso, abuso o dependencia". (Maden, pag. 25)

Los aspectos socio-culturales que afectan la aceptabilidad o disponibilidad del alcohol y las drogas son las características más determinantes sobre la población de los hábitos de consumo personal peligroso.

Según Maden existen 4 razones por las cuales un individuo miembro de la sociedad puede recurrir a tomar una sustancia psicoactiva. La primera es obtener el valor real o supuesto de la sustancia como medicamento. Es claro que muchas drogas que afectan la mente tienen propiedades muy valiosas para el tratamiento, pero otras sustancias se sobrevaloran popularmente por sus propiedades terapéuticas como es el caso de los analgésicos simples y las bebidas alcohólicas a las que se les considera como tónicos o estimulantes apropiados para el tratamiento de la ansiedad, depresión, insomnio o fatiga. El segundo objetivo de tomar una sustancia con efectos sobre la mente se aplica nada más al alcohol como bebida. Distintos preparados alcohólicos se toman porque se considera que poseen valor nutritivo. Asimismo, el alcohol proporciona calorías, y se encuentran otras cantidades de sustancias nutritivas en la cerveza y el vino, pero en general el valor dietético de las bebidas alcohólicas se sustenta en los conceptos ingenuos de ciertas personas, que les atribuyen propiedades médicas tanto al alcohol como a ciertas drogas.

Los dos propósitos restantes que pueden motivar a un individuo a consumir una sustancia que afectara la mente son recursos tanto de las gentes mal informadas como de las personas sofisticadas. Los aspectos simbólicos de tomar alcohol o una droga son múltiples e importantes:

- 1.- *El acto de ofrecer y aceptar una sustancia entre personas en un gesto de amistad.*
- 2.- *En el marco de una reunión social, compartir el alcohol o una droga simboliza la unión del grupo.*
- 3.- *Un individuo que está compartiendo con otros en una interacción que incluye consumir alcohol o una droga, al hacerlo se siente aceptado por los demás. Tal aceptación es una necesidad humana básica.*
- 4.- *El consumo del alcohol o de ciertas drogas se utiliza de modo deliberado para confirmar un acuerdo, como una especie de modo de sellar un contrato.*
- 5.- *Los ritos de iniciación con frecuencia se acompañan del ritual del consumo de una sustancia que afecta la mente.*
- 6.- *El advenimiento de la edad adulta, la masculinidad o membresía en alguna clase social u ocupacional, con frecuencia tiene implicaciones respecto a la aceptación o reprobación de ciertos patrones de consumo de sustancias, como bebidas alcohólicas o drogas.*
- 7.- *Las religiones, por ejemplo, asignan significación a los hábitos de consumo de sustancias químicas.*
- 8.- *El abandono de los valores sociales convencionales enfatizados por la tradición, el éxito, status y clase pueden expresarse a menudo a través de hábitos de consumo de sustancias. Más recientemente una de las muchas razones por las*

que la gente joven se entrega al consumo de drogas es porque su consumo es ilícito y reprobado por sus mayores, etc.

- 9.- *Los subgrupos de delincuentes y marginados con toda seguridad simpatizarán, enfatizarán o respaldarán uno u otro hábito de consumo de sustancias en contra de los patrones convencionales de su sociedad. Las personas inconformes o inadecuadas pueden encontrar aceptación en alguna subcultura compartiendo algunos de sus hábitos de consumo de alcohol o droga.*
- 10.- *El acto de consumir alcohol o drogas puede realiza un interludio en el trabajo o un descanso de una responsabilidad, el comienzo de un período de relajación, etc.*
- 11.- *La conducta deshinibida, sobre todo si es de naturaleza sexual o agresiva, en ocasiones es más aceptada socialmente cuando el individuo que realiza tal comportamiento ha ingerido alcohol o tomado alguna droga adecuada. (Maden, 1986).*

La última categoría que amplía las razones para consumir alcohol o drogas, que puede emplearse mal o crear dependencia, es la de naturaleza utilitaria, el término "utilitario" en este contexto se refiere a la manera en la que lo utilizan los sociólogos para hablar de la utilidad de una sustancia en la producción de efectos placenteros sobre la mente.

El examen del Antropólogo Horton (1943) (citado en: Maden, 1986) sobre los informes de los hábitos de bebida en 77 sociedades primitivas llevó a su interpretación del estado de ebriedad de una sociedad como una expresión del grado de ansiedad de la comunidad. Horton, propuso que el estado de ebriedad entre los hombres está relacionado con las amenazas a su sociedad, por la insuficiencia de abasto alimenticio y por la aculturación.

Sus conclusiones han sido cuestionadas por Field (1962 citado en: Maden, 1986) quien argumenta que las sociedades con economía de subsistencia no pueden compararse en cuanto

a estructura social con las comunidades, y que los controles ejercidos en las sociedades primitivas sobre la conducta de sus individuos, que influyen los hábitos de bebida, se han debilitado al haber sido expuestas a las influencias de los nuevos rasgos culturales.

La protección que pueden dispensar los controles sociales contra los daños producidos por la dependencia al alcohol y a las drogas siempre disminuyen cuando una persona se aleja del área de influencia de la comunidad a la que había venido perteneciendo, lo mismo que en tiempos de rápido cambio sociocultural.

La aceptabilidad social del alcohol es factor importante que determina los niveles de consumo. Otro papel clave es el que juega su accesibilidad.

La accesibilidad del alcohol está determinada por las restricciones en su venta y por su precio relativo a la porción de ingreso disponible para este tipo de gasto. En 1916, el primer ministro británico Lloyd George que sin ser alcohólico se le ha descrito como un típico bebedor galés, tomó la fama en su pueblo pero bebió en el pueblo vecino. Lloyd recurrió a diversas medidas para reducir el alto grado de consumo de alcohol y sus problemas consecuentes a fin de tornar el país más eficiente para la guerra. Las medidas tuvieron un éxito notable, según datos de Weeks (1938 citado en: Maden Op. Cit.) y Gran Bretaña todavía se beneficia de ellas. Los métodos incluyen un acortamiento de horario para su venta y un incremento en el impuesto de las bebidas.

En (1975) Nelker (citado en Maden, Op. Cit.) resumió varios descubrimientos relacionados con la disponibilidad del alcohol, su nivel de consumo y la frecuencia de incapacidades que ocasiona su dependencia.

1.- En Dinamarca durante la primera guerra mundial el alza de los precios de las bebidas alcohólicas redujo el consumo y disminuyó la frecuencia de cirrosis hepática.

2.- En Suecia la liberación de los controles de ventas en 1955 trajo un incremento en el consumo, con aumento en la ebriedad y en los delirios por la abstinencia.

El alza de los impuestos volvió a reducir el consumo.

3.- También en Suecia durante 1963, una huelga de empleados en la empresa estatal que controla el monopolio del alcohol trajo una disminución de la prevalencia de la ebriedad, en el número infracciones por conducir en estado de ebriedad, y en el número de accidentes de tránsito, así como el número de admisiones a las clínicas por problemas de alcoholismo.

4.- Posteriormente, durante los años de 1965 a 1974 una legislación más liberal sobre la venta de cerveza aumentó el consumo de esta sin disminución en las curvas de venta de licores y vinos. Ocurrió que los problemas de alcohol se volvieron más prevaecientes entre la población joven.

5.- En Finlandia, un aumento de la disponibilidad legal del alcohol trajo un aumento en las cifras de consumo y en el número de infracciones por ebriedad desde 1968.

6.- La edad mínima para beber en un bar de Ontario bajó de los 21 a los 18 años en 1971, lo cual ocasionó un alza en el número de accidentes de tránsito debidos al contingente joven de la población.

Cuando tratamos con un individuo que presenta una incapacidad derivada del consumo de alcohol o de drogas es útil reflexionar en que el aspecto socioeconómico es el factor que más influye en el desarrollo de problemas personales por alcohol o drogas, incluyendo la dependencia, y que se trata de un factor causal más allá del control personal del individuo.

Las medidas para minimizar las incapacidades derivadas del consumo abusivo de alcohol deben concentrarse en promover su uso moderado y su abstinencia como modos aceptables de prevención. La selección de los medios es personal y depende de cada individuo. Debido al amplio grado de aceptación cultural y legal del alcohol sus connotaciones difieren

de las demás drogas, y los alcohólicos como grupo tienden a parecerse más al resto de la población en cuanto a sus características mentales y sociales, que las personas dependientes de otras sustancias alternativas. Es apropiado por lo tanto, dar al alcohol una consideración especial y, aunque se le siga catalogando como droga, conviene reservarle una categoría especial separada de las demás sustancias psicoactivas. (Maden, 1986, Op. Cit.).

De acuerdo con los estudios del doctor Plaut (cit. en Dupont, 1992) los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

a) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma quizá determinada fisiológicamente, que les hace experimentar intenso alivio y relajación.

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

c) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor. (Velasco, 1988).

La etiología del alcoholismo, lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes. No, hay pues, una causa de esta enfermedad, sino varias.

Al considerar la etiopatogenia de esta enfermedad se deben tener en cuenta 3 grupos de indicadores que actúan de menor a mayor grado. Dichos indicadores son: fisiológicos, psicológicos y sociales.

2.1.- Causas físicas o fisiológicas.

1 Genéticos (hereditarios).- Habría en el alcohólico una transmisión genética de una deficiente capacidad de adaptación frente a las circunstancias difíciles de la vida.

METABOLICOS

2.- Los trastornos humorales del alcoholismo pueden condicionar a su vez el hábito del alcoholismo.

3.- *Endócrinos.- Existiría en el alcohólico un déficit córtico suprarrenal secundario en los centros hipotalámicos.*

2.2.- *Causas psicológicas*

Las escuelas actuales sostienen que la dependencia alcohólica es la expresión de un desarrollo desequilibrado de la personalidad. Los rasgos infantiles de una parte de la personalidad coexisten en el enfermo con los rasgos maduros de la otra.. (Poch, 1979)

Para Velasco (1988) quien comparte con otros autores tales afirmaciones, los alcohólicos son personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad.

Velasco señala que ciertos estudios clínicos han demostrado sin dejar dudas que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos como podría creerse, y que por otra parte, sí acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima.

2.3.- *Causas sociales*

Aunque el cónyuge y los hijos son los protagonistas del drama, habría que incluir a los padres, los hermanos, los tíos o los abuelos.

En el matrimonio el alcohólico influye en la conducta de su cónyuge, quien a su vez influye en la conducta del alcohólico de manera que se crea una especie de resonancia. Los hijos no son solamente recipientes pasivos de lo que se les hace sino que participan activamente en el problema. No sólo intervienen los padres, los hijos y otros miembros de la familia, sino quizá la amiga de la esposa "que siempre los visita". La naturaleza del compromiso de una persona puede determinarse de acuerdo con la magnitud de los aspectos adversos que experimenta el familiar por la conducta del bebedor, el papel que desempeña la interacción familiar con la génesis del problema, la convivencia dañina de los miembros de la familia, o más positivamente

con base a la capacidad de la persona para ayudar en los procesos de recuperación (Griffith, 1990).

Para Griffith la idea de complicaciones sociales implica esencialmente la falla en el cumplimiento de un papel social esperado.

Finalmente, una de las causas de gran peso para diversos investigadores y que de alguna manera está involucrada en la adquisición de la dependencia al alcohol es la referente a la genética o herencia, la cual, ya había sido mencionada, pero se describirá de manera un poco más amplia.

2.4.- *¿El alcoholismo se hereda?*

Se han llevado a cabo estudios en gemelos con la intención de eliminar, tanto como sea posible, los efectos de las influencias no hereditarias durante los años formativos.

Los gemelos pueden ser monocigóticos e idénticos o dicigóticos y desiguales. Los gemelos monocigóticos poseen la misma constitución genética; los gemelos dicigóticos no son genéticamente más parecidos entre sí que dos hermanos normales. Sin embargo, los gemelos de ambas categorías comparten, si se les educa juntos, las mismas o muy parecidas circunstancias ambientales. Si los gemelos monocigóticos son más parecidos y concordantes en un rasgo dado que los gemelos dicigóticos, entonces la similitud puede atribuirse a su igualdad genética.

Kaij (1960 Cit. en: Tapia, 1994). en Suecia clasificó los patrones de bebida de los gemelos en un grado progresivo desde la abstinencia hasta el alcoholismo manifiesto. Los gemelos monocigóticos resultaron más concordantes que los dicigóticos para todos los patrones, en especial para la categoría de alcohólicos. Hubrec y Omenn (1981 Cit. en: Tapia, 1994) estudiaron los registros de los veteranos de las fuerzas armadas norteamericanas. Los modelos monocigóticos presentaban mayor concordancia respecto al alcoholismo que los gemelos dicigóticos. Por otro lado están los informes de Finlandia (Partanen y Cols, 1966)

(Cit. en: Tapia, 1994) y Suecia (Jonsson y Nilsson, 1968) (Cit. en: Tapia, 1994) que demuestran incremento de concordancia entre los gemelos monocigóticos, tanto para la frecuencia como para la cantidad de bebida, pero no para las consecuencias adversas que se asocian al alcoholismo.

Se han llevado a cabo también investigaciones con niños adoptados para cambiar de estrategias en el intento de esclarecer las influencias de la herencia y la crianza; Goodwin (1973, Cit. en: Tapia, 1994) comparó hijos adoptivos de alcohólicos con otro grupo control de adoptados. El alcoholismo demostró ser 4 veces más fuerte en el primer grupo. Los mismos investigadores en 1974 examinaron hijos de alcohólicos, algunos de ellos habían sido criados por padres adoptivos, y se encontró que el alcoholismo del padre alcohólico (biológico) y no del padre de crianza, era la característica determinante del alcoholismo de los individuos. El mismo grupo de investigadores (1972) condujo otra encuesta con niños de padres alcohólicos. Sus datos pusieron de manifiesto una tasa casi idéntica de dependencia al alcohol de manera independiente de si los niños había sido criados por sus padres biológicos o por sus padres adoptivos, la dependencia al alcohol era predecible con mayor certeza para el alcoholismo del padre biológico que por los factores ambientales durante la crianza. Adoreth y Gath (1978-1980, Cit. en: Tapia, 1994) estudiaron individuos que habían sido separados de sus padres desde niños; observaron que había un aumento en la tasa de alcoholismo entre estos adoptados que tenían un pariente biológico que había sido bebedor consuetudinario excesivo.

Como se ha visto los estudios en el campo de la herencia demuestran que el alcoholismo está en cierta medida determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico (Velasco, 1988).

Es importante señalar que muchos alcohólicos no tienen antecedentes de alcoholismo en su familia así que, lo que se hereda no es el "alcoholismo" sino la susceptibilidad al alcohol (Maden, 1986).

Como se ha visto las causas que determinan la adquisición del alcoholismo son diversas y así como las consecuencias de esta dependencia.

Las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo.

Capítulo 3.- Consecuencias del alcoholismo

No hay necesidad de ser alcohólico para tener problemas con el alcohol. Muchos bebedores sociales, de hecho tienen serios problemas de salud debido al alcohol (tasas altas de desórdenes cardíacos, presión sanguínea alta y heridas resultado de accidentes automovilísticos o laborales). (Dupont, 1992)

El alcohol es una droga, un hecho que muy pocos niegan. siendo una droga, provoca que el usuario pase por las mismas etapas del proceso de dependencia característico:

1a. Etapa 2a. Etapa 3a. Etapa 4a. Etapa

Uso experimental Uso ocasional Uso regular Dependencia

Por lo tanto la persona que bebe "socialmente" (3a. Etapa) está muy cerca de la dependencia, de convertirse en alcohólico.

FASES DEL ALCOHOLISMO

En la fase inicial hay muchas claves visibles: bebe frecuentemente tal vez para manejar la angustia o un problema en particular: promesas (casi siempre violadas) de "dejarlo", una tolerancia cada vez mayor a la droga. Cambios pequeños en la personalidad, especialmente irritabilidad.

En la fase media, el bebedor trata de disimular su manera de beber principalmente en casa y los fines de semana, cuando las presiones para comportarse son menores. Sin importar la cantidad de tragos que tome, encuentra más y más difícil intoxicarse, así que bebe más y diariamente lo necesita.

En la fase final, el alcohólico sólo vive para beber, descuidando su salud, sufre cambios físicos y deterioro severo de su personalidad. Ve en su botella a su único y verdadero amigo. Al final su salud se agrava por la debilidad física causada por el efecto del alcohol y una mala nutrición casi al final; ocurre el delirium tremens (el síndrome de abstinencia) pancreatitis,

problemas con el esófago y estómago, fallas en el hígado, daño cerebral y finalmente la muerte. (Dupont, 1992).

El alcoholismo también conlleva a trastornos psiquiátricos.

Deliriums tremens (DTS) puede tener varios cambios clínicos tanto como se ha intentado en categorías. Es más útil considerarlo como una unidad, con un continuo de gravedades y una variación de clases de síntomas:

Delirio.- El paciente está más o menos alejado de la realidad y se muestra potencialmente desorientado (personas, lugares y tiempo).

Experiencias alucinatorias.- Son vívidas, caóticas y extravagantes. (visiones, ruidos, olores, o animales arrastrándose en el cuerpo). Se tiende a malinterpretar las ilusiones (rostros y dibujos).

Tembler: Visible (movimiento de la cama) o no tanto (manos).

Miedo: Extremos de horror en reacción a sus alucinaciones.

Delirios paranoides.- El paciente imagina enemigos que lo atacan y conspiran contra él. Se malinterpretan sucesos y estímulos.

Ilusiones o alucinaciones ocupacionales: Cree estar en su trabajo y realiza sus actividades cotidianas.

Inquietud y agitación; Jala, agarra, se sobresalta con cualquier sonido, intenta pararse y salir de la habitación.

Trastornos físicos: Sudor, falta de apetito, pulso rápido, aumento de presión sanguínea y fiebre.

Es raro que un paciente padezca deliriums tremens sin tener un historial de por lo menos varios años de dependencia alcohólica grave y muchos años de alcoholismo.

Por lo general, este estado se prolonga de tres a cinco días, habiendo una resolución gradual. Las muertes ocurren quizás entre el uno y cinco por ciento de hospitalizados. Griffith,

Op. Cit.) estos casos de padecimientos físicos a causa de la dependencia al alcohol se ven también reflejados dentro del ambiente laboral.

3.1.- El alcoholismo en el trabajo.

Actualmente se reconoce que el ausentismo, la rotación de personal, la pérdida de empleados valiosos debido a accidentes relacionados con el alcohol, la baja productividad, la disminución de la calidad de los productos y las malas decisiones son algunos de los costos del alcoholismo en los negocios, la industria, la educación y las profesiones.

En las organizaciones privadas es frecuente, después de haber un trato, llenarse el cerebro de algún depresor general no selectivo como el alcohol.

Desde luego los ejecutivos de muchas corporaciones todavía no creen que el alcoholismo sea una enfermedad tratable, la enfermedad todavía no puede curarse, pero puede detenerse.

Actualmente, cada vez más compañías reconocen que rehabilitar a los alcohólicos es más redituable que reemplazarlos.

Varios millones de alcohólicos que se encuentran en diferentes etapas de sobriedad son testimonio viviente del hecho de que los alcohólicos pueden llevar vidas productivas, íntegras, responsables y sobrias. (Wallace, 1990).

Sin embargo el llegar a la sobriedad no es cosa fácil requiere de voluntad por parte del paciente alcohólico así como de constante aplicación de las estrategias de rehabilitación que le son brindadas por los especialistas (Médicos y Psicólogos).

Capítulo 4.- Rehabilitación.

Si el alcohol ha sido alterado en sus utilidades tradicionales, se debe no a otra cosa sino a los cambios que la comunidad humana ha experimentado en el transcurso de los últimos siglos.

El enorme desarrollo urbano e industrial, tan aparentemente anodino, ha introducido cambios en los roles profesionales de los seres humanos a través de la distribución del trabajo. Ello ha afectado entre otras causas a la ubicación sociocultural tradicional del alcohol y el alcoholismo.

El alcohol ha multiplicado sus combinaciones de una manera tan amplia y basta en los últimos cuatro siglos que constituye indudablemente un fenómeno de amplia consideración social en todos los aspectos de participación humana, por sus atractivas posibilidades de consumo, inclusive a nivel de soledad personal. Se acude a él como motivador de armonías y concordias. Puede decirse que, en tanto la constitución estructural neuropatológica, psiconeurótica de la comunidad humana, y de persona individual subsista y aún se incrementa, el alcohol permanecerá y multiplicará sus usos y su gama de variedades. Y con ello, o debido a lo mismo, el alcoholismo continuará siendo uno de los males estructurales de la humanidad que más fácil y llanamente la corroen y la destruyen internamente. (Cruz, 1980).

El uso gratificante del alcohol permanece a pesar del conocimiento que ya se tiene de la multiplicidad de lesiones que origina aun usado en pequeñas dosis, a pesar del conocimiento difundido entre los integrantes maduros de la comunidad humana.

La realidad es que nunca antes como en el presente momento, se han conocido tantos usos y abusos del alcohol. La comunidad humana conoce ahora una sobreabundancia de maneras de preparación y de infusión; de sitios y lugares de bebidas; de hábitos y costumbres

de ingestión de tal forma que en nuestros días el bar, la cantina, son instituciones tan importantes como iglesias, escuelas, hospitales, etc. (Poch, 1979).

Se ha insistido en que el alcoholismo es una enfermedad. Tradicionalmente, la medicina se ocupa de las enfermedades de manera comprensiva en lo que toca al tratamiento: previene (tratamiento preventivo se dice, aunque si bien es cierto que con la prevención no se cura al enfermo, si se "trata" la enfermedad); cura, lo que quiere decir que mediante el uso de sustancias curativas y de métodos de terapia de todo tipo a los que no siempre se puede calificar de "médicos", se logra la desaparición de toda sintomatología; y rehabilita en el sentido de que contrarresta las secuelas de un padecimiento para devolver al individuo, si es posible su estado de salud previo al período de enfermedad. Todo esto se logra en un gran número de enfermedades, en particular en aquéllas de las que se saben sus causas y se conocen sus manifestaciones (por lo que pueden ser diagnosticadas con seguridad). Tal vez el mejor ejemplo lo constituyan ciertos padecimientos infecciosos: se les previene mediante el uso de vacunas, porque sabemos el germen que las causa; se les trata con antibióticos efectivos y otros medicamentos que controlan los síntomas; y finalmente, el enfermo es totalmente rehabilitado mediante una alimentación adecuada, ciertos ejercicios, etc.

No es este el caso del alcoholismo, desafortunadamente, no existe una "vacuna antialcohólica", un medicamento que diluyera la necesidad de beber y un método para devolver a los órganos afectados su pleno funcionamiento. Sin embargo, es mucho lo que se puede hacer por el sujeto alcohólico y en contra del alcoholismo como una enfermedad social. En este capítulo nos referiremos a la ayuda que puede prestarse al enfermo alcohólico (Velasco 1988, Op. Cit.)

4.1- Tratamiento y alternativas.

No todos los alcohólicos necesitan un tratamiento formal para recuperarse del alcoholismo. Por lo común, existen presiones de un tipo u otro en la vida de un alcohólico que

lo empujan a buscar un tratamiento. Las presiones pueden ser internas o externas pueden estar relacionadas con familiares, amigos, cónyuge, policías, tribunales, jueces, abogados y patronos. (Wallace, Op. Cit.)

Para comprender el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe enfatizar que la mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa única, sino una interacción complicada de factores de carácter fisiológico, psicológico y social que originan y propician el desarrollo de esta grave fármaco dependencia.

Es conveniente contemplar qué se ha hecho a lo largo de la historia, para prevenir o controlar el consumo de alcohol en nuestro país, y cuáles han sido algunas de las medidas que se han tomado al respecto.

Durante la colonia y los primeros años de vida independiente, en México se planteó un control más estricto para la fabricación y venta de bebidas alcohólicas aunque con poco éxito. En Yucatán, Tamaulipas y Michoacán hubo decretos. En 1925 siendo gobernador Portes Gil, se inició una campaña contra el alcoholismo en Tamaulipas; Lázaro Cárdenas tomó medidas a nivel estatal y nacional e incluso durante el gobierno de Avila Camacho hubo época prohibicionista rígida. El 14 de mayo de 1929, Portes Gil emitió un decreto presidencial por el cual se creó el Comité Nacional contra el Alcoholismo, del que pocas acciones derivaron. En 1985 se fundó el consejo Nacional Antialcohólico. En 1973 se iniciaron actividades oficiales en contra de las farmacodependencias, incluyendo el alcoholismo, cuando por decreto presidencial se instituyó el Centro Mexicano de Psiquiatría. (Velasco, 1981.)

Desde el punto de vista social y cultural, el alcohol desempeña un papel fundamental puesto que sirve tanto para validar una relación social como para unir a la gente, cuando se bebe colectivamente; así también provoca conflictos en las relaciones e incluso puede ser la causa de violencia y crimen.

Ahora bien, en las investigaciones que se han hecho acerca del alcoholismo en México, contemplan los factores que juegan un papel determinante en la adquisición de éste. Tales factores son: Sociales, culturales, legales, psicológicos, etc.

Tales investigaciones pueden analizarse en dos etapas:

1a. Etapa : 1960 - 1970

Existen investigaciones escasas de tipo epidemiológico, médico y biológico sin tomar en cuenta los factores sociales y culturales. Más adelante Calderón y García González hicieron un estudio con pacientes internos en el hospital psiquiátrico de la S.S.A. (Secretaría de Salubridad y Asistencia) del 2.7%. En la investigación realizada por el consejo médico se detectó un índice superior (18.72%), aunque los estudios posteriores indican que la tasa correcta para mayores de 15 años es de 0.85%.

2a. Etapa : 1970 - 1985

Creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría por consiguiente, se llevaron a cabo más investigaciones.

En 1976 después de un convenio entre la Dirección General de Salud Mental de la SSA y la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, se creó el primer centro de documentación sobre alcoholismo y el abuso del alcohol.

Desde 1982 funciona una asociación civil denominada Centro de Psiquiatría y Neurofisiología clínica, que imparte cursos médicos de toda la república para actualizarlos en materia de alcoholismo y preparar programas preventivos de primer nivel para maestros rurales, padres de familia y maestros, además de participar en varios foros nacionales e internacionales. (Velasco, Op. Cit.)

Así pues, el interés por el estudio del problema es cada vez mayor y puede redundar, si se coordina adecuadamente, en una mejor panorámica del problema en términos de investigación. En virtud de que el tratamiento del alcoholismo requiere simultáneamente de

la resolución de diferentes elementos de conflicto que giran en torno a la concepción de este problema multifactorial conviene revisar la experiencia que se ha producido en el campo técnico a través de los tratamientos tradicionales.

El programa de tratamiento integral ofrece las siguientes modalidades terapéuticas: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, manejo de la situación, tratamiento psicofarmacológico, alcohólicos anónimos, apoyo al tratamiento con trabajadores sociales, manejo de la situación laboral, tratamiento de las complicaciones médicas secundarias coexistentes en el alcoholismo e información básica sobre el alcoholismo a través de conferencias, películas, folletos, etc. (Souza, 1988).

A continuación se describirá en breve en qué consiste cada una de las estrategias terapéuticas.

4.2- Estrategias terapéuticas.

1.- Psicoterapia de grupo.

La mayoría de las estrategias psicoterapéuticas se desarrollan en grupo. La razón es que la única manera de lograr la primera gran meta del tratamiento, que es la abstinencia, consiste en confrontar al enfermo ante otros individuos que padecen la misma enfermedad. a mediano plazo los resultados de esta confrontación son:

A).- Romper rápidamente y efectivamente con los mecanismos de defensa del paciente, pues el efecto de este tipo de estrategia los orilla a reconocer y aceptar su enfermedad.

b).- Este tipo de reuniones grupales permiten que disminuya la culpa y el autodesprecio, tan frecuentes en los alcohólicos que se sienten rechazados, marginados, y despreciados por la sociedad.

2.- Psicoterapia de grupo dirigida.

La coordina un profesional (Psiquiatra o Psicólogo) que estimula el avance del grupo, selecciona pacientes, sugiere temas a tratar, interpreta, evalúa y determina el término de la terapia. Estos grupos se conforman de 7 o 12 personas y pueden ser abiertos.

3.- Psicoterapia individual.

Adquiere una mayor importancia cuando el paciente ya aceptó su enfermedad y está dispuesto a dejar de beber. En este momento el propósito más importante es que el paciente supere sus núcleos psicopatológicos a través de la maduración de su personalidad y que logre un óptimo funcionamiento psicosocial.

4.- Psicodrama.

Esta terapia especialmente útil al inicio del tratamiento, cuando los pacientes aun no superan sus mecanismos de defensa.

Los mecanismos propios de esta técnica son la catarsis, la abreacción, la asociación libre en la activación, el desfogue de la actividad y las peleas, que ayudan al alcohólico a "descubrir" y aceptar su enfermedad.

Se persigue la espontaneidad, la percepción más exacta de la realidad, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia. Participan el paciente (protagonista), el terapeuta (director) y los demás miembros del grupo (egos auxiliares o coterapeutas), que intensifican el impacto de la sinación terapéutica.

5.- Psicoterapia familiar.

El objetivo es lograr un cambio de actitudes de las personas que conviven con el alcohólico. El proceso psicoterapéutico debe procurar que los familiares superen las tres primeras fases y logren llegar a la última (1.- Negación, 2.- agresividad, violencia y preocupación y 3.- aceptación) para cubrir el objetivo primario.

El objetivo secundario consiste en detectar la psicopatología familiar, integrar una

dinámica familiar y someter a las familias sintomáticas a una terapia. Se utilizan pláticas de orientación, conferencias, películas, dinámicas de grupo entre los familiares de alcohólicos, esposas e hijos, grupos mixtos, sesiones de confrontación conyugal entre el alcohólico y el "coalcohólico" (miembro familiar cercano y que tiene influencia sobre él: madre, padre, esposa), sesiones de confrontación entre el alcohólico y su familia.

6.- Psicoterapia conductual.

Las principales técnicas son las del condicionamiento clásico aversivo con drogas (efecto, emético), el condicionamiento clásico aversivo con parálisis, condicionamiento instrumental de escape con choque, el condicionamiento instrumental de evitación choque, la técnica de imaginación aversiva.

El condicionamiento clásico aversivo consiste en asociar la ingestión del alcohol con apomorfina u otra droga emética para producir náuseas, vómitos e irritación gástrica. Posteriormente se aumenta la dosis del emético, la duración del tratamiento y se amplía el rango de licores utilizados, hasta que el paciente desarrolla una aversión condicionada ante la vista, gusto, sabor y efectos del alcohol. Este tratamiento debe repetirse periódicamente para reforzarlo de lo contrario la respuesta aversiva se extingue (Velasco, 1981.)

4.3.- Recursos terapéuticos auxiliares.

a).- Cine-debate-terapéutico.

Consiste en la exhibición de un documental o película cuyo tema central sea el alcoholismo o algunos de los conflictos que se asocian a él. El terapeuta estimula la discusión y promueve que los pacientes externen sus conflictos mediante la identificación de los personajes o situaciones que observaron.

b).- *Psicoterapia artística. A través de diversas manifestaciones del arte como la literatura, la música o la pintura, el paciente puede proyectar conflictos internos y entender mejor la relación entre el consumo del alcohol y sus problemas personales, así como las actitudes sociales respecto del consumo de alcohol. Ejem. (música escuchar letra).*

c).- *Técnicas de relajación.*

Proporcionan al paciente elementos prácticos que le ayuden a manejar su angustia.

Cuando el alcohólico aprende a concentrarse y relajarse, encuentra una alternativa diferente para eliminar la tensión. Ejemplo (insomnio frecuente en alcohólicos, que al relajarse pueden conciliar el sueño sin recurrir al alcohol o fármacos tranquilizantes).

d).- *Conferencias a pacientes y familiares.*

Debido a la ignorancia general que existe en relación con el alcohol y el alcoholismo, es necesario que, además de las técnicas propiamente psicoterapéutica , el paciente y sus familiares conozcan los aspectos básicos de la naturaleza del alcohol, sus efectos, el desarrollo del alcoholismo. Los mitos respecto al alcohol y fenómenos sociales como el machismo, el consumismo, la farmacodependencia, etc.

e).- *Manejo de la situación laboral.*

Es importante mencionar que dentro del medio laboral tienen relación con el paciente (jefes, supervisores, compañeros de oficina, el director o jefe de persona) a los cuales él puede solicitar le permitan asistir a sus sesiones terapéuticas o a los grupos A.A. (Alcohólicos Anónimos). Esto puede lograr la sensibilización de los jefes.

Por otro lado, también existen recursos psicológicos auxiliares que sirven de apoyo a las estrategias antes mencionadas.

A) *Ludoterapia (terapia en juegos) .*

Se imparte en los centros de rehabilitación de alcohólicos donde los pacientes están

internados durante varias semanas y trabajan intensivamente en diversos tipos de estrategias psicoterapéuticas todo el día. Tiene efecto catártico, relajante, educativo y de cohesión en el grupo sin perder su carácter terapéutico. Proporciona estímulos adecuados para que se sienta nuevamente aceptado y útil. Las actividades pueden ser concursos, deportivas y juegos de mesa de carácter constructivo y educativo. Evitando situaciones que el paciente pueda asociar con su problema, juegos de azar o apuestas. (Velasco, 1981.)

B) Grupos de autoayuda.

Al igual que Velasco; José Antonio Elizondo López. (cit. en: Molina, 1982). Coincide en mencionar las diferentes alternativas de rehabilitación antes mencionadas y define a Alcohólicos Anónimos (A.A.) como una hermandad integrada exclusivamente con enfermos alcohólicos que se ayudan apoyan y refuerzan mutuamente en su deseo de permanecer en la abstinencia.

De ahí surgió la idea de invitar a otras personas que tuvieran problemas con el alcohol, hasta que se formó un grupo lo suficientemente grande que constituyó la hermandad, cuya filosofía fundamental radica en un conjunto de normas conocidas como "los doce pasos" y las doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

Dichos grupos tienen una inspiración religiosa, en ritos protestantes del tipo del "movimiento de Oxford)

Esta inspiración religiosa fortalece mucho el espíritu y la cohesión del grupo, dándole una relevancia moral al programa y aliviando mucho los sentimientos de culpa y la necesidad de expiación que experimentan los alcohólicos después de sus etapas de intoxicación. El enunciado de Alcohólicos Anónimos reza de la siguiente manera: "Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro

de Alcohólicos Anónimos no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliado a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".

El éxito de Alcohólicos Anónimos ha radicado en su espontaneidad, la autonomía de los grupos, la gran cantidad de ellos fundamentalmente en zonas socioeconómicas desfavorecidas, el ser gratuitos pero fundamentalmente, el hecho de que el alcohólico no confronta el problema de autoridad y encuentra una gran identificación con el compañero que le pasa el "mensaje" El alcohólico respira en tales grupos un ambiente de libertad; nadie lo presiona, al mismo tiempo, encuentra una gran aceptación y el efecto catártico de contar su historial en la tribuna tiene un resultado de expiación que le alivia sus tensiones. (Elizondo, Op. Cit.)

Una vez que el nuevo miembro se integra al grupo, se siente nuevamente aceptado por la sociedad; el sentirse parte de un grupo lo autoafirma y cuando empieza a "prestar su servicio" se siente importante al ayudar a otros.

Al único líder que reconoce es a su poder "superior" que es dios, tal como cada quien lo concibe, y el espíritu religioso del programa lo orilla a mantener una actitud de humildad y recato. El doctor Elizondo propone que todo médico conozca y analice los alcances del programa de Alcohólicos Anónimos y sugerirlo a sus pacientes (con problemas de alcoholismo), ya que no interfiere en algún otro tipo de terapia que estén llevando Aunque no se cuenta con cifras estadísticas, la experiencia es que aquéllos que se integran a los grupos de A.A. alcanzan lapsos muy prolongados de sobriedad. (Molina, 1982).

Grupos de familias "AL-ANON".

Están compuestos por esposos, esposas, padres, madres, parientes en general, inclusive,

amigos íntimos de los alcohólicos, fundamentalmente los más cercanos (madres y esposas constituyen la población mayoritaria, quienes frecuentemente se sienten angustiados o culpables de la conducta alcohólica de su familiar.

AL-ANON les ayuda, primeramente, a que reciban una información y orientación sobre el problema del alcoholismo, además les ofrece la oportunidad de relacionarse con otras personas que tienen su mismo problema, encontrando apoyo y fortaleza mutua. Finalmente les sugiere como enfrentar sus dificultades y manejar más serenamente problemas que no depende de ellos cambiar.

El enunciado de AL-ANON dice lo siguiente: "ningún alcohólico ha sido ayudado con sermones, regaños o escenas violentas. Con humillarlo o embravecerlo sólo alimentamos su culpabilidad y sus tragos. Debería mejor emplearse la energía emocional conduciéndola dentro de acciones y pensamientos constructivos. El hombre y la mujer aprenden de AL-ANON cómo encarar estos problemas de buena fe, actuando con fe y valor. Todos queremos que nos sucedan cosas buenas, pero no podemos sólo rezar y sentarnos a esperar que los milagros lleguen. Debemos de acompañar con acciones nuestros rezos".

Aunque AL-ANON no ha tenido la proliferación de los grupos de Alcohólicos Anónimos sus efectos benéficos son evidentes y deberá ser el complemento en el manejo terapéutico de la familia del alcohólico. (Molina, Op. Cit.)

Los doce pasos por los cuales se rigen los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) versan así:

- 1.- Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto incontrolables.
- 2.- Llegamos a creer que una fuerza más grande que nosotros mismos podría devolvernos el juicio.

- 3.- *Tomamos la decisión de volcar nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de dios como lo entendemos.*
- 4.- *Hicimos un profundo y valiente inventario moral de nosotros mismos.*
- 5.- *Admitimos ante dios, ante nosotros y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros fallos.*
- 6.- *Estuvimos enteramente preparados para que dios nos quitara todos estos defectos de carácter.*
- 7.- *Humildemente le pedimos que nos librara de nuestras imperfecciones.*
- 8.- *Confeccionamos una lista de todas las personas que habíamos dañado y no pusimos a reparar el daño.*
- 9.- *Reparamos el daño causado a estas personas siempre que fue posible, excepto cuando hacerlo implicaba herirlas a ellas o a nosotros.*
- 10.- *Continuamos llevando un inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos con rapidez.*
- 11.- *Buscamos a través del poder de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con dios como lo entendemos, orando sólo para conocer su voluntad y obtener la fuerza para cumplirla.*
- 12.- *Habiendo tenido una experiencia espiritual como resultado de estos pasos tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. (Kessel y Walton, 1991).*

De igual manera la experiencia demuestra que la integridad de los grupos AL-ANON depende de su adhesión a las doce tradiciones.

- 1.- *Lo más importante es nuestro bienestar común, el proceso individual de la mayoría depende de la unión.*
- 2.- *Existe sólo una autoridad para regir los propósitos del grupo, un dios*

bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son solamente fieles servidores y no gobiernan.

3.- *Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para ayudarse mutuamente, pueden llevarse un grupo de familia AL-ANON, siempre que como grupo no tenga otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o amigo con un problema de alcoholismo.*

4.- *Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos, AL-ANON o a Alcohólicos Anónimos.*

5.- *Cada grupo de familia AL-ANON persigue un sólo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Esto se logra al practicar los doce pasos de A.A. en nosotros mismos, al comprender y estimular a nuestros propios familiares alcohólicos y al dar la bienvenida y brindar alivio a los familiares de los alcohólicos.*

6.- *Nuestros grupos, como tales, jamás deben apoyar, financiar ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo independiente; deberíamos de cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.*

7.- *Cada grupo debe ser económicamente autosuficiente y, por lo tanto, debe rehusar contribuciones externas.*

8.- *Las actividades prescritas por el duodécimo paso en AL-ANON nunca debe tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.*

9.- *Nuestros grupos como tales, nunca deben organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables ante las personas a quienes sirven.*

10.- *Los grupos de familia AL-ANON no deben emitir opiniones acerca de asuntos*

ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11.- *Nuestra política de relaciones públicas se basa más en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener y proteger siempre en anonimato personal de todos los miembros de A.A.*

12.- *El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas. (Velasco, 1981.)*

Por otra parte algunos autores desde su propia perspectiva, plantean modelos a seguir para prevención del alcoholismo.

4.4.- Modelos de prevención

Dupont (1992) sugiere la prevención del alcoholismo en adolescentes de acuerdo a los siguientes pasos:

- *No beber sin la edad límite. Rito normal para entrar a la adolescencia. Apoyo familiar y escolar.*

- *Acabar con el mito de que el alcohol es un "derecho" es necesario señalar que bajo cualquier definición el consumo de alcohol por adolescentes no es un derecho civil; es una violación criminal a la ley.*

- *Ayudar a los adolescentes en los 8 años más críticos entre los 12 y 20 años, si podemos ayudar al adolescente a que viva estos ocho años críticos sin beber alcohol, no sólo reduciremos drásticamente la posibilidad de que use otra droga; si no que también reduciremos la posibilidad de que beba alcohol. Dupont (Op. Cit.) de igual manera, plantea una política personal de consumo para los adultos ¿cuánto es mucho?.*

Los miembros adultos de la familia deben establecer criterios claros sobre;

a).- "Sí"

b).- "cuando" y

c).- "Cuanto" beber

d).- "No" definitivo.

Así como también:

1.- No beba sino tiene la edad legal

2.- No beba si tiene antecedentes de beber.

3.- No beba si está tomando otra droga que reduzca sus reflejos o estado de alerta.

Cuatro limitaciones protectoras si decide beber.

1.- Beber más de dos o tres copas dentro de un período de 24 horas es potencialmente peligroso y debe evitarse.

2.- Beber diariamente es peligroso.

3.- Beber cualquier cantidad 6 horas antes de conducir un automóvil o ir al trabajo (operar máquinas) es peligroso.

4.- Si decide beber busque un "vigilante" (que no beba o se controle).

Estos pasos son indicados para llevarse a cabo en una reunión familiar por su simplicidad y flexibilidad; pero no para el trabajo.

A mediados de la década de los 60's; E Blaker (Cit. en: Molina, 1982). resume las propuestas básicas de las "teorías sociodinámicas" que en su conjunto expresaban una concepción más o menos unificada de procesos culturales y psicológicos.

1.- Características culturales que conducen a una alta frecuencia alcohólica:

a).- Ocasiones sociales que obligan al individuo a beber con frecuencia.

b).- Inexistencia de sanciones contra el uso de bebidas.

c).- Finalidad "utilitaria" en el uso del alcohol.

d).- Sentimientos de ambivalencia respecto del uso moderado de alcohol.

11.- Características culturales de los grupos con baja morbilidad alcohólica.

a).- Iniciación gradual del niño en el uso del alcohol dentro del ambiente familiar.

- b).- *Poca presión social para beber.*
- c).- *Desaprobación y sanciones entre aquéllos que se intoxican.*
- d).- *Actitud positiva hacia el consumo moderado.*
- e).- *Pautas de consumo bien reguladas e integrada en el resto de las costumbres del grupo.*
- f).- *Ausencia de sentimientos de ambivalencia en el acto de beber.*

Las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- a).- *Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy divididas.*
- b).- *Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos como la cerveza el vino.*
- c).- *Las bebidas se consideran principalmente como alimentos 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 o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.*
- f).- *La abstinencia es un actitud socialmente apelable.*
- g).- *En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.*
- h).- *Pertenece a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.. (Velasco, 1988).*

Capítulo 5.- ¿Es posible la rehabilitación?

Por otro lado, es muy relevante mencionar hasta qué punto es posible una rehabilitación total del paciente alcohólico y qué importancia tiene el impacto publicitario en la adquisición del alcoholismo o bien en su cura.

Según Neil (1989) los alcohólicos que ha dejado de beber no encuentran las cosas demasiado fáciles. El logro de la sobriedad no siempre trae la tranquilidad del espíritu. Descubren que sus antiguos amigos no están tan dispuestos como ellos mismos a creer que han superado su mal. Estos amigos saben que las perspectivas de que un alcohólico se "cure" no son buenas, y por dicho motivo reaccionan con cautela. De hecho, algunos prefieren mantenerse lejos del alcohólico especialmente si en el pasado se han sentido decepcionados o avergonzados. Aunque las mujeres por lo general vuelven con sus maridos, o vuelven a recibirlos, una vez que dejaron de beber a los exalcohólicos puede resultarles más difícil reclamar un lugar en el afecto de sus hijos.

Los sentimientos de los niños han sido a menudo amargamente endurecidos por la conducta del alcohólico durante sus años más impresionables.

Los alcohólicos recuperados deben decidir si serán lo suficientemente fuertes como para decirles a sus nuevos amigos y superiores que solían beber, sabiendo que si lo hacen pueden ser condenados o rechazados. Tendrán que decidir como evitar beber si les ofrecen una copa. Los alcohólicos abstemios se enfrentan a un número de decisiones que forman parte de un gran problema:

¿Deberán tratar de volver al estilo de vida que intentaban llevar cuando comenzó la bebida excesiva, o deberían comenzar en cero y darle un nuevo curso a su vida?.

Cada exalcohólico resuelve este dilema a su manera pero para todos ellos es una decisión crucial que debe ser tomada con dolor y dificultad. Por esta razón el tratamiento del

alcohólico no debe aspirar tan sólo a que abandone el alcohol. Debe esforzarse por hacerlos enfrentarse a los peligros de la vida que todavía están por venir.

¿ Es posible volver a la bebida social?

Neil (Op. Cit.) afirma que casi todos los exalcohólicos que beben de nuevo, pronto vuelven a beber excesivamente. Algunos pacientes con alcoholismo retornan a la bebida social, sin embargo, debido a que es imposible predecir quien lo logrará, el consejo debe aspirar a una abstinencia total.

Otro aspecto que menciona este autor es que mientras que es posible que exista alguna transmisión genética del alcoholismo, el aspecto no genético familiar, de la bebida excesiva en la casa paterna que produce un efecto en el niño por medio del ejemplo, es un factor mucho más potente.

A lo largo del presente trabajo se ha tratado de dejar más o menos especificado el concepto de alcoholismo o ¿qué es el alcoholismo? una definición más es la que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1960 dejó en los siguientes términos; "Es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol expresada a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse del alcohol". Ahora bien la problemática del alcoholismo y la dependencia al alcohol, no es casualidad, ya que según, Morris E. Chafetz (Cit. en: Cruz, 1980) "el alcohol es una de la rarísimas sustancias de excepción que pasan directamente del estómago al torrente sanguíneo sin ser transformada radicalmente".

Lo cual nos confirma que el efecto al ingerir el alcohol es rápido y algunas veces placentero; este aspecto nos habla quizá del ¿por qué? tiene mucha demanda esta sustancia.

Ahora bien, existe un test de detección, para determinar o sugerir si algún individuo es o no potencialmente susceptible a la adquisición o implicación en el alcoholismo; así como también una dinámica que nos enseña a aprender a elegir.

De inicio se transcribirá el test antes mencionado.

Responda a cada pregunta de la forma más sincera posible. Sin confiar no obstante demasiado en sí mismo, recuerde que la evaluación honesta de su situación no es su fuerte. Pídale a una persona allegada, su conyuge, compañero o amigo revise y corrija sus respuestas.

- 1.- ¿Pierde la conciencia o tiene períodos de amnesia como consecuencia de la bebida? Sí _____ No _____
- 2.- ¿Ha sufrido alguna vez delirium tremens (Psicosis con alucinaciones)? Sí _____ No _____
- 3.- ¿Se ha emborrachado alguna vez? Sí _____ No _____
- 4.- ¿Bebe cinco o más días a la semana? Sí _____ No _____
- 5.- ¿Bebe licores y bebidas destiladas con más frecuencia que vino o cerveza? Sí _____ No _____
- 6.- ¿En los días en que bebe toma más de tres copas de licor, un cuarto de litro o más, siete o más vasos de cerveza? Sí _____ No _____
- 7.- Algunas veces, después de beber ¿Se encuentra agresivo o violento? Sí _____ No _____

- 8.- Cuando deja de beber, ¿Experimenta algún síntoma físico, o ansiedad o depresión? Sí _____ No _____
- 9.- ¿Toma opiáceos, tranquilizantes o estimulantes con el alcohol? Sí _____ No _____
- 10.- ¿Suele beber cuando está solo? Sí _____ No _____

Responder sí a las preguntas 1 ó 2 o a un total de más de cinco manifiesta una implicación profunda con el alcohol.

De tres a cinco respuestas afirmativas indican una implicación seria, y menos de tres una implicación moderada.

Si su implicación es profunda y sus recursos personales no son fuertes, está indicado un tratamiento hospitalario o en su régimen de residencia. Aunque eso quizá no proporcione una solución definitiva a sus necesidades, le permite beneficiarse del ambiente adecuado para iniciar la rehabilitación. (Mothner, 1986).

Imberti, (1990) por su parte, también propone una dinámica grupal en la que el objetivo es aprender a elegir.

Trabajo grupal:

Averiguar qué fue "la ley seca" en Estados Unidos.

Discutir en el pequeño grupo los siguientes temas:

¿Cuáles son las bebidas con alcohol más comunes que consumen los jóvenes?.

¿Cuáles se promocionan por los diferentes medios y va dirigido a los jóvenes?.

Investigar:

Porcentaje de alcoholismo en nuestro país.

Terapias posibles.

¿Qué es Alcohólicos Anónimos y como trabaja?.

Muchas políticas hacia el alcohol carecen de evaluación. Si no cuenta con una sólida línea de investigación sobre evaluación de las estrategias preventivas, los esfuerzos serán estériles.

En la actualidad las políticas hacia el alcohol son bastante laxas en lo que se refiere a la disponibilidad del alcohol. Las medidas existentes, además no se hacen cumplir eficientemente, un ejemplo es la prohibición de venta a mayores de 18 años en los centros nocturnos o la apertura y localización de lugares de ventas. Se han impuesto medidas como la frase precautoria en los envases de las bebidas o en los anuncios sin que realmente se conozca si estas acciones aisladas tienen algún impacto y de qué tipo.

Los mensajes preventivos a través de los medios de difusión se han ampliado para recomendar el consumo moderado a toda la población; sin embargo no se explica muy bien qué se entiende por moderado y qué es abuso.

Hasta hace poco no se contaba con programas educativos en el sistema escolar, excepto, algunos planteles particulares. En este sentido vale la pena señalar que las acciones aisladas no pueden ser eficaces.

Para muchos otros problemas, como los accidentes y hechos violentos, las acciones preventivas son prácticamente inexistentes.

Aún se espera la puesta en marcha de un programa basado en la realidad de un problema del alcohol en nuestro país, uno que sea continuo que comprometa a todos los sectores y que sea evaluado en forma sistemática (Tapia, 1994).

Finalmente, como se había mencionado, en el siguiente capítulo, se abordará la influencia que tienen los medios de difusión en la alta frecuencia alcohólica de un grupo social.

Capítulo 6.- La influencia de los medios de difusión en la alta frecuencia alcohólica de la población mexicana.

Para Paoli (1989) la acción humana no puede reducirse a su dimensión significativa, sino que tiene también que considerarse como un proceso de significación, estrechamente vinculado a las otras estructuras que forman su realidad.

El análisis semiológico frecuentemente se hace difícil por esta duplicidad: Un coche sirve para transportarse y al mismo tiempo significa algo: Status, eficiencia, riqueza, etc. Jean Baudrillard (Cit. en: Paoli, 1989) en su libro el sistema de los objetos nos da una larga interpretación de la significación de los objetos en la vida consumista del capitalismo contemporáneo. Para él este sistema social nos presenta deseos que no realizamos sino que simbolizamos realizar: "...Hoy en día todos los deseos; los proyectos, las exigencias, todas las pasiones y todas las relaciones se abstraen se materializan en signos y en objetos para ser comprados y consumidos."

Las drogas y la gama íntegra de tóxicos que se consumen en las grandes capitales del mundo contemporáneo no son sino otros tantos paliativos de la desolación existencial. En efecto constituyen en primera instancia recursos puestos a disposición de la alterada sensibilidad ciudadana de nuestros días, para que intente preservar ese equilibrio emocional mínimo sin el cual se precipitaría en la desintegración.

La vida ya no transcurre en un mundo cerrado cuyo centro es el hombre; el mundo se ha vuelto ahora ilimitado y al mismo tiempo amenazador. La nueva libertad está destinada a crear un sentimiento profundo de inseguridad, de impotencia, de duda de soledad y de angustia. Estos sentimientos deben ser aliviados si el individuo ha de obrar con éxito.

Sin duda la opción de dependencia es uno de los mecanismos empleados para buscar ese alivio. Drogarse es una posibilidad de resignarse, a no poder extirpar de raíz las causas del mal que nos aflige. La drogadicción o dependencia es conformismo social.

Bajo la apariencia de liberación, las drogas no hacen sino someter aún más a quien se entrega a ellas (Kalina y Dovadloff, 1987).

Los antiguos pobladores de la altiplanicie no sólo no imaginaron que 5 siglos después desaparecerían todas sus restricciones tabú en relación al consumo de alcohol, sino que se mostrarían asombrados al observar la tendencia a la inducción del consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas, hasta el grado de que la historia de la legislación en materia de publicidad de estos productos avanza paralela a la de sus violadores. La publicidad actual ya no trata de informar sobre los beneficios concretos que otorga el uso de los productos ofrecidos sino que, haciéndose eco de la concepción del hombre instaurada por la teoría psicoanalítica, promueve la necesidad de comprarlos, tenerlos y renovarlos.

Esta concepción del hombre como una entidad determinada por deseos y fantasías inconscientes y donde por lo tanto, la conciencia es sólo una parte de lo psíquico, fue rápidamente incorporada a los estudios motivacionales de las agencias de publicidad de los Estados Unidos (Bernal, 1983).

"La imagen del producto". Se basa en la idea de que cuando el consumidor compra un artículo, está adquiriendo fundamentalmente una imagen; un símbolo de lo que el quiere demostrar y con el cual puede identificarse. Para esto la publicidad debe proporcionar al posible cliente un sentimiento que lo haga desear dicho artículo.

Es el mundo del consumo y el confort, cúmulo de estereotipos que, a partir de la cultura del alcohol, nos vende la ilusión del "poder" en todas sus gamas: poder social, poder económico, poder sexual (potencia). (Bernal Op. Cit.).

Según este autor se realizan campañas antialcohólicas televisivas pero si comparamos los tiempos (en diciembre de 1980), la televisión del Distrito Federal transmitió 618 anuncios antialcohólicos) con los spots de bebidas alcohólicas en la misma fecha (3773 anuncios), vemos

que las buenas intenciones tienes pocas posibilidades de verse coronadas por el éxito, dados los efectos que la publicidad tiene sobre el consumo.

En general los efluvios del alcohol nos llegan por todos lados, un contundente ejercicio es recorrer la avenida Insurgentes dirigiendo la mirada a los anuncios publicitarios en la que como promedio, llega a haber hasta dos anuncios de alcohol por cuadra - o transitar las populosas estaciones del metro .

En un más allá de la escena, entre bambalinas, quedó oculto el mundo de lo cotidiano, el de las privaciones, de las decepciones, de la pobreza, de la frustración, de la inestabilidad. Todo esto aparece sólo como un "mal-entendido"; porque en estos tiempos de incertidumbres, desempleo e inflación, "viejo vergel le da sabor a su mundo; un sabor definido".

Bernal (Op. Cit.) reporta que de acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "un total de 27 corporaciones multinacionales, incluso nueve radicadas en Gran Bretaña y cinco en Estados Unidos, dominan el mercado mundial de la cerveza, el vino y los licores, con ingreso bruto de 175 mil millones de dólares anuales".

La mitad de la deuda externa global de América Latina.

"Así, el escenario de los sueños nos muestra su cara sobria: detrás de la escultural "güera" emerge la "calaca", el cuerpo del deportista se convierte en desnutrición o en cirrosis; los caballos de Domecq en accidentes de tránsito; la potencia en inhibición motora y en pérdida de la capacidad crítica". (Bernal, Op. Cit. P. 135) ¿Por qué siendo el tabaco o el alcohol drogas tan nocivas como las ilegales, se permite el consumo?.

Sobre todo, por razones del mercado a nivel mundial. Las grandes compañías tabacaleras o alcoholeras son un sostén firme de la economía de los países expendedores, curiosamente, los industriales. Uno de los factores que marcan la diferencia entre la legalidad y la ilegalidad de una droga, es, sin más, el dominio que de su distribución tengan los grandes países como Estados Unidos y los Europeos. A riesgo de parecer cínicos, podíamos decir que,

por ejemplo, si el tráfico de cocaína estuviera controlado por las grandes empresas de tabaco de los Estados Unidos. Esta haría tiempo que se hubiera legalizado. De hecho hace años se comentaba que la Philip Morris tenía plantas dispuestas para expedición y distribución de cajetillas de marihuana a la espera de su legalización. (Gómez, 1990).

La mayoría de los documentos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) tomaron a la publicidad como a una de las principales responsables. Esto se debió en parte a la creciente masa de propaganda proalcohólica propuesta por los medios, y en particular por la televisión. Las bebidas alcohólicas constituyeron durante la década de los setenta el principal rubro de gasto publicitario en televisión representando el 25% del total del gasto publicitario para 1979. En 1979-1981 las cervezas con un 48% del gasto total y los brandis con un 32% constituyeron los mayores inversionistas a nivel nacional. (Quintanar, 1983 Cit. en: Menéndez, 1990).

Pero además el aparato médico sanitario también sabe que las propias instituciones de salud permiten el incremento continuo de este tipo de publicidad. Según el titular de la Procuraduría Federal del Consumidor, la publicidad proalcohólica difundida por televisa es permitida por la SSA. (Menéndez, 1990) Hasta ahora las principales medidas tomadas por los organismos de salud tienen que ver con las limitaciones a la publicidad. Por primera vez y en forma masiva las propias empresas alcoholeras deben proponer moderación ya sea por medio del lenguaje escrito o de dramatizaciones "nada con exceso, todo con medida", "nosotros ponemos la calidad, usted la cantidad", "X bebida no va con el volante", y se continua la obligación de consignar en el envase de las bebidas lo nocivo de las mismas para la salud.

Por otra parte, las compañías alcoholeras asociadas con los comercializadores del producto desarrollan una gran variedad de prácticas transgresoras de las reglamentaciones vigentes, tanto en radio y televisión como en la prensa escrita. Este proceso de transgresión operó desde el mismo momento en que se sancionó el problema, y se ha ido incrementando. Las

principales prácticas transgresoras son las siguientes: 1) publicidad en periódicos y revistas, frecuentemente comprendiendo una a dos páginas, en las cuales la empresa alcoholera o la empresa vendedora (supermercado) presenta botellas del producto (o de varios tipos de bebidas alcohólicas) sin que aparezca consignada en ninguna parte el señalamiento "obligatorio" de que dicho producto es perjudicial para la salud; 2) publicidad de los propios supermercados en sus folletos "A todo color", donde se presentan botellas de bebidas en oferta, sin que se transcriba el mensaje antialcohólico; 3) tanto en la prensa escrita como televisiva se presentan las ventajas diferenciales de varias bebidas - en su mayoría destiladas - sin colocar el marbete informativo. Esto ha tenido una notable continuidad en la campaña financiada por la Asociación Nacional de Vitivinicultores; 4) la mayor parte de la publicidad de bebidas alcohólicas ha incorporado algún tipo de mensaje que recomienda beber con prudencia, pero ya no se transcribe que este producto puede ser nocivo para la salud; 5) continúa la técnica de promover actos de diferente tipo, financiados por empresas alcoholeras, sin especificaciones negativas, 6) una modalidad creciente es la de celebrar aniversarios de la ampliación de la empresa, o de la vinculación con actos sociales y culturales de las compañías productoras; 7) en la transmisión de partidos de fútbol, sobre todo internacionales, se filma permanentemente el terreno de juego, el cual aparece bordeado por carteles publicitarios, la mayoría de los cuales son - sobre todo en las transmisiones desde España - referidos a bebidas alcohólicas. Esta exposición dura dos horas, y la frecuencia es por lo menos una vez a la semana; 8) continúan la publicidad dirigida a sectores (jóvenes, mujeres, etc.) con connotaciones que según los reglamentos no deberían incluirse en este tipo de publicidad. Incluso actividades apoyadas por el estado (certámenes internacionales de cine o de belleza) aparecen sintetizando la cultura, la diversión, la "belleza" y el consumo de bebidas alcohólicas. (Menéndez, 1990).

Este autor comenta que las medidas estatales no ha sido ni son equitativas respecto de las bebidas alcohólicas; el pulque fue singularmente estigmatizado por el aparato sanitario

mientras que la cerveza fue constantemente favorecida. El señalamiento antialcohólico de esta bebida no se coloca en la botella sino en el borde dentado de la corcholata. Este no sólo es ilegible sino que tanto el acto de destapar la botella, como el de servirla supone frecuentemente la desaparición del mensaje, lo que no ocurre con los otros recipientes.

Tanto el manejo de la imagen en términos ambivalentes y contradictorios, la continua transgresión empresarial a la legislación sanitaria, como el énfasis de la responsabilidad individual, deben ser colocados dentro de un proceso que los sobre determina. Proceso económico-político, pero también ideológico y científico que no puede ser reducido al ámbito nacional, sino que implica ubicarlo dentro de un contexto que impulsa, a nivel internacional, el proceso de alcoholización este proceso que se incrementa notablemente desde la década de los sesenta, debe también reconocer la incidencia de la construcción infinita e interminable del deseo, la constitución y reconstitución de necesidades de refuncionalización social de la producción/consumo, así como las limitaciones que evidencia el sector salud en todos los niveles de su práctica.

Asimismo Menéndez (Op. Cit.) aseveró: los productores de bebidas alcohólicas invierten en publicidad crecientemente, pero según investigaciones financiadas con frecuencia por ellos mismos, la publicidad no incrementa el consumo, sólo genera reorientación del mismo, explícitamente señalan que la publicidad no puede ser considerada causal del proceso de alcoholización actual, y mucho menos del "alcoholismo".

Desde algunas perspectivas económico-políticas, se considera que el objetivo básico de la publicidad es el de la reproducción del capital, que éste constituye el principal motor de la actual alcoholización de masas. Otros autores sostienen que el incremento en el consumo, que supone cambios en hábitos y estilos de vida, no sólo tiene que ver con la producción sino que el objetivo prioritario, o por lo menos conjunto, es el control social e ideológico.

La escuela de Frankfrut, el funcionalismo consumista e incluso la teoría de los aparatos

ideológicos de estado, fundamentaron una interpretación donde es posible cuestionar a la publicidad y orienta contra la misma las sanciones, sin necesidad de actuar sobre la esfera productiva. Este tipo de interpretación es como si se le adjudicara la culpa de los muertos a la guerra, sin analizar las determinantes de la misma. (Menéndez, Op. Cit.) Si a nivel internacional, y en México en particular, la industria alcoholera es la que más invierte en publicidad, ello tiene un objetivo que suponemos ningún empresario alcoholero puede negar: el de vender y en cada vez mayor cantidad la producción generada; se necesita demostrar que el alcohol, por más que se expanda, no genera alcoholismo o mejor dicho que el problema del alcoholismo no está en el alcohol. Y en esto tanto los productores de la enfermedad simpatizarían con algunas de las principales y en algunos casos radicales tendencias en psicoterapia, así como con algunas hipótesis procedentes de la antropología culturalista y en especial del interaccionismo simbólico.

CONCLUSIONES

Como se ha podido ver a lo largo de este trabajo el alcoholismo es un problema a nivel mundial así como también el origen de este es multifactorial; es decir, el ambiente y la familia, la sociedad y la personalidad de cada individuo influyen en la adquisición de la dependencia al alcohol.

Por consiguiente el abordar este problema no sólo concierne a la medicina (etapas avanzadas de alcoholismo), la psicología (tratamientos terapéuticos en etapas avanzadas) o la sociología (dinámica social o las influencias del medio sobre el individuo familia, sociedad, etc) sino a un estudio inter y multidisciplinario que permita llegar al origen y desarrollo de esta dependencia para tratar de frenarla; ya que se presume, el alcoholismo cobra día a día mas victimas y ocupa uno de los porcentajes más altos de mortandad (80% en sus diversas manifestaciones: choques automovilísticos, peleas, accidentes peatonales, cirrosis hepática, asesinatos, etc.) así como: casos psiquiátricos, abandono de empleo, disgregación familiar, por citar algunos problemas sociales.

Con esto no se quiere decir que los estudios al respecto no se han llevado a cabo sino que las medidas para prevenir dicho problema solo se dirigen al individuo en sí y lo que nos enriquecería como profesionales a las disciplinas involucradas sería el cómo podríamos abordarlo desde el ambiente macro(intereses económicos y sistema político). Esta prouesta no pretende cuestionar o modificar dichos intereses ni la política, sino que se realice la labor de concientización acerca de los problemas que trae consigo el alcoholismo.

Como se ha visto durante la lectura, la existencia del alcohol se remonta a tiempos remotos, en nuestro caso como mexicanos a la época prehispanica, pero en ese entonces no se podría hablar de un problema en si ni comparar con el acceso que en la actualidad se tiene de éste ni su gran variedad de presentaciones que existen, así como la influencia publicitaria de este producto.

En la época prehispánica el acceso al alcohol era controlado, era incluido en los rituales o convenios y sólo bebían los implicados en estas ceremonias y los jefes. Es notable que el consumo era privilegio de unos cuantos pero se respetaba, en caso contrario se aplicaban sanciones (llamadas de atención pública o privadas y en casos extremos muerte).

Pero hoy en día todos tenemos acceso al alcohol en forma desmedida, no controlada, por lo que los programas preventivos de salud y promocionales del producto manejan los slogans "el tomar no se lleva con el volante, nada con exceso, todo con medida" sin que con esto el radioescucha, televidente o lector tenga claro cuánto se puede beber y que cantidad necesita tomar para considerar qué es excesivo o medido. Como se puede ver estos slogans dejan una invitación abierta a que el individuo acceda al alcohol bajo su libre albedrío (Bernal 1983) y jamás tenga conciencia de la cantidad "permitida" ya que como se vio durante el presente trabajo el alcohol es un depresor, estimulante y relajante y a partir de la primera copa sus manifestaciones se hacen presentes.

Quizá a este mal entendido en los mensajes así como la dinámica que ejerce nuestra sociedad (costumbres, sexismos, etc.), aunado a esto los conflictos sociales actuales (desempleo, miseria) y la situación familiar (desintegración, antecedentes de alcoholismo, etc.), no exista un patrón de consumo establecido y por consiguiente no se tenga conciencia ni autocontrol sobre el acceso al alcohol.

Hasta el momento los científicos no llegan a un acuerdo de si el alcoholismo se hereda, si existen demandas metabólicas de algún elemento o sustancia del alcohol. Lo que sí es claro es que se hereda la susceptibilidad al alcohol y es aprendido. Como se ha visto las causas son diversas, pero están estrechamente vinculadas con el sujeto, una causa que llama la atención es la que se le atribuye a la genética. Respecto de las consecuencias, el individuo la mayoría de las veces no es consciente o no quiere ser consciente del daño que se produce a sí mismo y a los

demás; sólo quiere satisfacer las necesidades que según él le brinda el alcohol (emocionales) y la necesidad que su organismo le demanda satisfacer (dependencia).

A través del presente trabajo se ha mencionado que las consecuencias de un sujeto dependiente del alcohol o alcohólico son nefastas en etapas avanzadas. Se habla de pérdida de empleo, de la familia y en ocasiones de amistades; de baja autoestima, así como trastornos físicos y psicológicos.

Los estudiosos de la conducta no han pasado por alto la intervención oportuna en la prevención y tratamiento del alcoholismo o dependencia al alcohol. Existen varias estrategias terapéuticas que se aplican en diversos trastornos conductuales sin ser la excepción el alcoholismo. Tales técnicas o estrategias son exitosas cuando existe un seguimiento del problema hasta corroborar que el sujeto o paciente puede manejar sus emociones, canalizándolas óptimamente. Pero lo más importante es que el sujeto esté consciente, en este caso especial del alcohol, que tiene problemas al beber y que desea si no cambiar, manejar sus emociones de forma que no tenga siempre que acudir al alcohol cuando se sienta frustrado sino buscar alternativas que le ayuden a satisfacer óptimamente la demanda o demandas que en este momento se le presentan a sabiendas que él es un individuo capaz de resolver esta situación.

Como se puede observar el psicólogo tiene un gran peso en la prevención y el tratamiento del alcoholismo. Este profesional también sería de gran utilidad en la orientación a la sociedad sobre las causas, consecuencias y alternativas de rehabilitación, como se ha mencionado hasta aquí.

Ahora bien, en cuanto a tratamiento se refiere existen grupos de ayuda a enfermos alcohólicos. En este trabajo se describen someramente los lineamientos o pasos mediante los cuales se rigen los miembros de Alcohólicos Anónimos (A.A.).

Estos individuos son alcohólicos ya que el requisito para ingresar a este grupo es ser alcohólico y tener la firme idea de querer dejar de serlo.

Velasco (Op. Cit. y la propia bibliografía de Alcohólicos Anónimos reporta la mayoría de casos de alcohólicos rehabilitados.

Los doce pasos antes mencionados, a grosso modo, adjudican el cambio o la abstinencia del paciente alcohólico a un poder superior o deidad. Es posible, según mi punto de vista, que la rehabilitación en altos porcentajes que reporta esta asociación se debe precisamente a la fe, confianza que depositan en un poder "divino", como ellos lo conciben ya que la autoestima de los pacientes a estas alturas es de por sí muy baja y por qué no hablar de temor o sea que en caso de no cumplir estos lineamientos este dios o poder superior envíe su castigo por la negligencia o desobediencia del individuo alcohólico.

Es muy probable también que la hermandad que ellos tanto exhortan también tenga influencia sobre la recuperación del individuo ya que es el único lugar donde el se siente aceptado tal y como es.

Pero un punto muy interesante y parte del objetivo de este trabajo, es cuestionar ¿que tan efectiva, hablando en términos cualitativos, es la rehabilitación o recuperación de un alcohólico?

Si bien se ha visto que los tratamientos psicofarmacológicos reportan una aparente recuperación, pasado el efecto de las sustancias utilizadas dentro del organismo, el paciente reincide, lo cual nos indica que es dudosa tal cura. Ahora bien, los tratamientos psicoterapéuticos conciben al individuo alcohólico como un ser humano y no como un objeto. Se parte de la renombrada multifactorialidad donde se analiza o estudia al paciente desde sus orígenes (familia, religión, medio social y nivel económico) hasta la situación actual que lo ha empujado a tener problemas con el consumo de alcohol.

Tales tratamientos psicológicos reportan de igual modo cifras considerables de individuos recuperados, pero no es comparable con la que se percibe existe en A.A. Esto arroja que en la mayoría de los casos estos tratamientos son de forma privada o sea no están

auspiciados por ninguna asociación u organización federal, lo cual hace que se tenga que cubrir un costo económico, el cual varía según criterio de los profesionales que están al frente de estos hospitales o clínicas. En A.A. el acceso así como el tratamiento en algunos casos es de costo económico bajo o simbólico y en la mayoría es gratuito. La condición para los sujetos "recuperados", es transmitir el mensaje o sea hablar en público de la oportunidad que brinda A.A. a los individuos que quieran y estén dispuestos a cambiar su modo de vida y su actitud hacia el alcohol (abstinencia), a ser personas responsables y productivas, así como compartir con el público sus experiencias (negativas) cuando eran presas del consumo de alcohol.

De esta forma ellos invitan a la gente a compartir sus experiencias ya sea personales o de un familiar, amigo, amiga, etc. que sea alcohólico y ofrecen ayudar al individuo alcohólico invitándolo a sus actividades e instalaciones.

Las personas o individuos ex-alcohólicos que transmiten el mensaje son ejemplos vivientes de individuos abstemios y "recuperados" ya que se dedican a su actividad normal (trabajo), al grupo A.A. y a su núcleo familiar. Su función dentro de la hermandad es participar en pláticas de difusión y apoyo a los compañeros en caso de presentar crisis a causa de la abstinencia o bien reincidencia.

¿Será posible hablar de rehabilitación cuando salga de A.A. y continúe su vida normal sin el alcohol?

¿O se tendría que hablar de una dependencia con el grupo para que el individuo crea en su cura? ¿Está obligado, a seguir en él? ¿Cuánto tiempo?. Se afirma que un ex-alcohólico cambia su modo de vida, amistades, actividades y costumbres. Esto en la mayoría de las veces le ocasiona falta de identidad con el núcleo de amigos, familiares, etc. y conflictos quizá infundados como a todos los bebedores, sean ocasionales o habituales, en A.A. los quieren regresar al "buen camino" se propicia con esto que se les tache en otros ambientes de moralistas y aburridos.

Se insiste entonces ¿Es cualitativa o cuantitativa dicha recuperación?

Desde mi perspectiva la "recuperación" del paciente está en función del grupo y del grado de dependencia que el ex-alcohólico tenga hacia él.

Para poder hablar de una "recuperación" cualitativa en su totalidad se tendrían que incluir en los grupos para familiares de alcohólicos (AL-ANON) a la familia y amigos, para que éstos en verdad comprendieran y se comprometieran con la labor del grupo. De otra manera, por las causas antes mencionadas, el individuo se refugiaría más en su grupo de autoayuda.

En cuanto a si es cuantitativa dicha "recuperación" cabe señalar que aunque los datos estadísticos reporten cifras altas de individuos recuperados aun es posible preguntar ¿Es total esta recuperación? ¿No habrá reincidencia? ¿Cuántas veces más recaerá? Estos cuestionamientos parten de las afirmaciones de que un ex-alcohólico, ante una crisis emocional fuerte o no, en cualquier momento puede reincidir a beber alcohol.

Como punto final, otro de los objetivos del presente trabajo es discutir y analizar el impacto publicitario sobre la influencia en la frecuencia alcohólica de un individuo.

Los medios de difusión guardan una fuerte influencia en la tendencia a beber de las personas. Para que las bebidas embriagantes lleguen de forma directa y sean de interés, tienen que contemplar varios aspectos que llamen la atención del televidente, radioescucha o lector, de esta forma son elaborados los mensajes publicitarios.

coincido con Paoli (1989) cuando este menciona que "este sistema social capitalista nos presenta deseos que no realizamos sino que simbolizamos "realizar" debido a que la economía social no esta repartida equitativamente, existen ricos y pobres.

La publicidad se transmite de forma general tanto a un sector como a otro, provocando que se crea que tenemos el derecho de poseer lo que el otro tiene (poder, estatus, dinero, sexo, etc.), aunque esto en ocasiones sea casi imposible.

Entonces deseamos, codiciamos y simbolizamos entrar a ese mundo de confort y de seguridad económica. ¿Cómo se logra? adquiriendo una pequeña parte que esté a nuestro alcance, o sea el producto.

La promoción del vino, cerveza y otros derivados del alcohol no es la excepción. Esta nos muestra un mundo soñado donde existe dinero, estatus y placer, Según estos promocionales los personajes tienen poder, dinero y además la aceptación de hombres y mujeres con físicos envidiables, pero en la realidad son pocas las personas que tienen acceso a estas garantías.

Como no es posible interactuar en esos ambientes ni con este tipo de modelos, si es en cierta medida accesible a nuestro presupuesto el poder adquirir alguna bebida espirituosa o alcohólica. Lo demás es cosa de echar a volar nuestra imaginación; ya bajo los influjos del alcohol sentimos el placer que nuestros personajes demuestran y así de cierto modo nos sentimos en los ambientes que el promocional proyecta y de alguna forma hacemos realidad nuestra fantasía. Es probable que esta apreciación personal sea radical pero, lo que pretendo es subrayar que dentro de los promocionales se manejan situaciones de poder, status, aceptación y sexo, las cuales están presentes en los diferentes escenarios.

Los promocionales de bebidas alcohólicas son un bombardeo constante "toma, bebe, goza, disfruta, etc." A esto aunemos la incertidumbre, el desempleo, la crisis emocional, la crisis económica de un sujeto dado así como el no tener conciencia de los problemas que trae consigo el beber alcohol en exceso y, finalmente, el no saber controlarse cuando toma. Así se tiene un alcohólico en potencia. Sin embargo con esto no se quiere decir que la publicidad sea un agente causal en la adquisición del alcoholismo, ya que también coincido con Menéndez (1990) cuando asevera que la publicidad no es agente causal de proceso de alcoholización actual y mucho menos del "alcoholismo" como se ha descrito en el párrafo anterior son causas

internas y externas las que predisponen a un sujeto a depender de el alcohol al intentar " aliviar " sus conflictos emocionales .

Algunas estrategias que la publicidad maneja, según diversos autores que abordan este punto y que están citados en este trabajo, y de acuerdo a mi punto de vista, no son del todo éticas. En un bombardeo constante se utilizan situaciones , objetos materiales y sexo que en un momento dado saben producen deseos en el receptor. Asimismo se sugiere un límite aproximado en el consumo en un lugar visible y con letras grandes, ni se expresa perceptiblemente la leyenda " este producto puede ser nocivo para la salud ."

Las industrias alcoholeras representan intereses económicos muy fuertes, y contribuyen en gran medida al sustento económico a nivel nacional. No se invita a interferir en sus actividades ni mucho menos; bastaría que informaran al público las desventajas que trae consigo beber en exceso, por ejemplo : " este producto en exceso es nocivo para la salud " , " este producto al entrar en contacto con el organismo produce sopor y relajamiento " , " no consumirse cuando se maneja un automóvil o se realiza alguna actividad de suma responsabilidad o de riesgo " . Desde mi punto de vista esas serian unas sugerencias.

Por otra parte, se hace hincapié en la necesidad de una educación u orientación a la sociedad en cuanto a los antecedentes, causas y consecuencias del alcoholismo, o sea una educación para afrontar este problema que persiste en la actualidad no solo en nuestro país sino a nivel mundial.

Se contempla, por citar un ejemplo, la dinámica mencionada en el cap. 5 " aprender a elegir " donde los involucrados investigan todos o algunos aspectos relevantes del alcoholismo, lo cual no sólo se recomienda a individuos con problemas de alcoholismo sino a la población en general (niños, jóvenes, adultos y ancianos).

Considero que el objetivo de la orientación o educación a la población general debe

ser al menos crear conciencia y formar individuos capaces de elegir, pero con unas bases objetivas y claras tales que a pesar de la publicidad y de la producción elevada de alcohol, el beber no les signifique problema alguno a ellos ni a la sociedad.

Esta labor informativa o de orientación concierne ¿por que no? a todos los profesionales y la difusión se generalizaría a los diferentes sectores sociales.

Pero una actividad que creo nos corresponde a los psicólogos es enseñar a los individuos a canalizar sus emociones de forma creativa, productiva etc. así como apoyarlos oportunamente en caso de crisis para evitar que reincidan en el alcohol, y auxiliarlos en el afrontamiento de alguna otra problemática cualquiera que ésta sea.

Lo que se encuentra un tanto imposible es aislar al individuo de las demandas de consumo que el mismo sistema económico-político impone, pero una medida se me ocurre sería brindar orientación y apoyo profesional, ubicandonos en nuestro contexto económico y social.

Las propuestas van en función de prevenir y combatir el alcoholismo e integrarnos a trabajar en conjunto sobre tan creciente y alarmante problema social.

Sería recomendable que los profesionales fuéramos en el debido momento educadores y educandos ya que según las estadísticas de Velasco (1990) en 1983 muestran que el 20% de los universitarios son bebedores habituales.

La orientación y educación consistiría en concientizar acerca de la magnitud del problema y de las consecuencias que trae consigo. Pero tal orientación no solo se debería proporcionar a las personas que tengan problemas con su modo de beber, sino a la población en general para que exista una mayor difusión.

Bibliografía

- 1.- Bernal, S. Marquez. A. et. al : El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. Edit. Nuestro tiempo. México, D.F. 1983 p.p. 113-130.
- 2.- Cruz, O. René : El alcohol y el alcoholismo. publicaciones Cruz O. S.A. México D.F. 1980 p.p. 11-15.
- 3.- Dupont, M.D. Drogas de entrada: Una guía familiar. Edit. Prisma. México, 1992 p.p. 155-165.
- 4.- Eduars y Cols, Keller. M. et. al. "Alcohol Related disabilities." Nho Offset Publicación No.32 Ginebra, 1977. p.p. 53-55.
- 5.- F. Poch, Gustavo y Rubio H. Horacio: Alcoholismo Fenomenología psiquiátrica del alcoholismo. Edit Universitaria de Buenos Aires. Argentina, 1979. cap. xv p.p. 109-113.
- 6.- Gómez Vázquez. Antonia: La droga un juego peligroso. Edit. Mistral, España, 1990 p.p. 110-111.
- 7.- Griffith, E.: Tratamientos de alcohólicos. Edit. Trillas S.A. de C.V México, 1990 p.p. 55-64 y 75 caps. 3 y 5.
- 8.- Imbertí, Julieta: Para crecer no depender Edit. Troquel. México, 1990. p.p. 46.
- 9.- J. S. Maden: Alcoholismo y Farmacodependencia. Edit. EL Manual Moderno, S.A. de C.V.. México D.F. 1986 p.p. 1-40. Trad. por Doctor Mario Souza y Machorro.
- 10.- Kalina, Eduardo, y Kovadloff Santiago. La droga mascara del miedo. Edit. Fundamentos. España, 1987. p.p. 106-110.
- 11.- Kessel Neil, y Walton Henry: Alcoholismo como prevenirlo para evitar sus consecuencias. Edit. Paidós. México, 1991 p.p. 88-95. Trad. Susana Fernández.
- 12.- Lint J. And Schmidt N: Consumption Averages And Alcoholism prevnelece: a briel review of epidemiological investigations Br. J. Addiet 1972, 66-97-107.

- 13.- Menéndez, Eduardo. Morir de Alcohol. saber y Hegemonía Médica. Edit. Alianza Mexicana. México, 1990 p.p. 229-238.
- 14.- Molina Piñeiro Valentin. Sánchez Medal Luis El Alcoholismo en México I. Patología. Impresiones Modernas. México D,F. 1982. p.p. 191-193.
- 15.- Mothner. Ira, Weitz, Alan: Como Abandonar las Drogas. Martinez Roca Editores. España, 1986 p.p. 195-196.
- 16.- Paoli J. Antonio: Comunicacion e Informacion. Edit. Trillas. México 5a. reimpresión, 1989 p.p. 44-45.
- 17.- Souza y Machorro M. Alcoholismo: Conceptos Básicos. Edit. Manual Moderno S.A. de C.V. México D,F. 1988 p.p. 138-148.
- 18.- Tapia Conyer Roberto. Las Adicciones. Dimensión, Impacto, y Perspectiva. Edit. Manual Moderno S.A. de C.V. México. D,F. 1994 p.p. 173-178.
- 19.- Velasco Fernández Rafael: Alcoholismo Vision Integral. Edit. Trillas S.A. de C.V. México, 1990. p.p. 48-63.
- 20.- Velasco Fernández Rafael: Esa Enfermedad llamada Alcoholismo. Edit. Trillas S.A. de C.V. México, 1981, p.p. 11-13, 23, 25, 81.
- 21.- Wallace. J. El Alcoholismo como Enfermedad Edit. Trillas S.A. de C.V. México, 1990, cap. 9 p.p. 50 - 56