



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN
LA RELACIÓN AYUDA AL ALCOHÓLICO AL INGRESAR
EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS PARA SU INTEGRACIÓN
FAMILIAR.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta

ANTELMA ANGÉLICA SÁNCHEZ GÓMEZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

Directora de tesis:

Mtra. *Iníga Pérez Cabrera*
Mtra. Iníga Pérez Cabrera

MÉXICO D. F.

2004

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios a la vida:

Por permitir vivir y realizar una de mis metas, sin rendirme ante los obstáculos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Que a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia me dio la formación profesional que los pacientes y la comunidad demandan en el cuidado de la salud.

A Todas las personas del grupo AA. :

Que participaron en la encuesta lo que me permitió realizar la tesis.

A la profesora Iñiga:

Por su tiempo, paciencia, cariño, apoyo y conocimiento para ayudarme a realizar la tesis y formar parte de mi meta.

DEDICATORIAS

A Dios:

Que por medio de mis padres me dio la vida y me ha regalado la dicha, la gracia y la alegría de ser mujer.

A mis Padres: Pedro Sánchez †

Ma. De la luz Gómez †

Que aunque cada día me dieron con su ejemplo la constancia y el compromiso de realizar a escalas esta meta, aún cuando ya no los tengo a mi lado, pero los mantengo vivos en mis pensamientos, les dedico mi éxito.

A Odilon con Cariño.

Con quien he compartido mis ideales, haciéndolos suyos y luchando con ahínco para conseguir con independencia, cada uno sus metas.

A Fernando, Itzel Gabriela, Karina y mi pequeño Axel Yael.

Quienes han sido mi mayor inspiración para conseguir un constante desarrollo que sirva de apoyo en la formación de cada uno de ellos gracias por ser parte de mi mundo.

A mi Asesora:

A mi asesora y todos mis maestros que participaron en mi formación académica durante mi estancia en la escuela.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. ASPECTOS DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Justificación.....	11
1.3 Planteamiento del Problema.....	14
1.4 Objetivo.....	14
1.5 Hipótesis.....	14
1.6 Variables	14
1.7 Definición de las operacionales.....	15
1.8 Operacionalización de las variables	18
2. MARCO TEÓRICO.	
2.1 Epidemiología del alcoholismo	20
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA 2- 1999	
2.2 Enfoque de riesgo.....	23
2.3 Factores de riesgo.....	25
2.4 Definición de cultura	31
2.5 Calidad de vida.....	37
- Componentes de Calidad de vida	
- Necesidades humanas	
- Estilos de vida	

2.6	Relación Ayuda (fases)	47
2.7	Relación Ayuda de Enfermería al alcohólico.....	
61	- Relación Ayuda.	
	- Necesidades físicas.	
	- Necesidades Básicas.	
	- Necesidades emocionales.	
2.8	El alcoholismo.....	86
2.9	Fases de Enfermedad Alcohólica.....	87
2.10	Características del alcoholismo.....	94
2.11	Factores Predisponentes.....	96
2.12	¿Por qué el alcoholismo es un problema social?.....	97
2.13	¿Por qué bebe el mexicano?	98
2.14	Técnicas de Recuperación e integración de los alcohólicos al Grupos AA.....	100
2.15	Reglas para ingresar AA.....	101
2.16	Grupos de apoyo a los Alcohólicos.....	103
2.17	Relación al alcohólico familia.....	105
 3. METODOLOGÍA		
3.1	Hipótesis.....	110
3.2	Tipo de investigación.....	110
3.3	Definición del Universo.....	111
3.4	Definición de la muestra.....	111
3.5	Criterios de selección de la muestra.....	111

- Criterios de Inclusión.	
- Criterios de exclusión.	
- Criterios de eliminación.	
3.6 Definición de la información necesaria para el estudio.....	111
3.7 Método, Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	112
3.8 Procesamiento estadístico de datos.....	112
3.9 Proceso de la investigación.....	112
3.10 Aspectos generales de la investigación y organización.....	113
3.11 Cronograma de actividades	114
4. RESULTADOS	
4.1 Descripción e interpretación de datos.....	115
4.2 Comprobación de hipótesis.....	135
Conclusiones.....	141
Propuesta.....	143
5. REFERENCIAS	
5.1 Bibliografía.....	148
5.2 Anexos.....	152
5.3 Cuestionario.....	153
5.4 Cuadros y Gráficas.....	156

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro	Título	Pág.
No. 1	Edad del grupo de AA. encuestados en Iztacalco	156
No. 2	Sexo del grupo AA. encuestados en Iztacalco	157
No. 3	Escolaridad del grupo AA. encuestados en Iztacalco	158
No. 4	Estado Civil del grupo AA. encuestados en Iztacalco	159
No. 5	Ocupación del grupo AA. encuestados en Iztacalco	160
No. 6	Reconoce que necesita ayuda	161
No. 7	Tiene confianza en el personal de salud	162
No. 8	Los grupos de AA. son motivadores	163
No.9	Como califica a los grupos de apoyo de AA.	164
No. 10	Tiene apoyo familiar para dejar de beber	165
No. 11	El personal de salud tiene información de cómo ayudarlo	166
No. 12	Reconoce que debe darse tiempo para descansar cuando bebe	167
No. 13	Es necesario que tome medicamentos para dormir	168
No. 14	Come suficiente mientras bebe	169
No. 15	Hace las tres comidas	170
No. 16	Su actividad con los AA. son:	171
No. 17	Su compromiso con el grupo AA. es motivador	172
No. 18	Sus actividades con los AA. son de responsabilidad	173
No. 19	Quién realiza la higiene personal cuando bebe	174

No. 20	Se siente rechazado por la sociedad	175
No. 21	De las conductas emocionales cuales de ellas lo inducen a beber	176
No. 21Bis	Con que frecuencia se presentan esas conductas emocionales Negativas	177
No. 22	Los problemas en el hogar determinan su forma de beber	178
No.23	Quién influye para que usted ingiera bebidas alcohólicas	179
No. 24	Se considera actualmente dependiente del alcohol	180
No. 25	Por que razones comenzó a beber	181
No. 26	Le molesta que le den consejos otras personas	182
No. 27	Su situación de estilo de vida ha cambiado	183
No. 28	Se consideraba dependiente del alcohol antes de ingresar AA.	184
No. 29	Cree que pueda dejar de beber	185
No. 30	Que factores considera tener a empujarlo al alcoholismo	186

INTRODUCCIÓN.

El campo de las adicciones para el profesional de enfermería representa una perspectiva en el área de salud pública, sobre todo en el caso del alcoholismo, que es una de las más frecuentes porque socialmente es aceptada después del tabaquismo, en casi todas las sociedades. El consumo de las bebidas embriagantes está en constante aumento; y la adicción, convierte a las personas en alcohólicos dependientes.

Esto deriva de la personalidad y la influencia del ambiente que pueden moldear los comportamientos hasta llegar a esta adicción ¿cuál es el propósito práctico de un diagnóstico de alcoholismo y que se obtiene de ésta? Existen varias respuestas: primero el darse cuenta de que es un problema de salud pública; por los efectos del abuso de esta "droga adictiva" que ocasiona el incremento de homicidios y accidentes automovilísticos, pleitos callejeros y riñas familiares.

Por otra parte, el deterioro integral de la condición humana con graves afecciones crónica-degenerativas que los llevan con frecuencia a una confusión mental que dificulta la convivencia con la familia , y consigo mismo.

En el caso del alcoholismo en la población juvenil, estos beben a edades cada vez más tempranas, por sentido de identidad con el grupo para ser aceptados el consumo excesivo repercute en los índices de morbilidad mortalidad por hechos delictivos con alto costo para la salud individual y que repercute en la familia, la escuela, el trabajo a la familia y en la sociedad.

Se pueden citar, otros problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas como son los accidentes automovilísticos, la conducta violenta, la conducta sexual riesgosa, síndrome alcohol-fetal y mas tarde la cirrosis hepática.

En cualquier país del mundo ha sido muy difícil valorar la prevaencia del alcoholismo por el diagnóstico directo de los casos, y generalmente es observado y cuantificado en forma indirecta a través de las manifestaciones atribuibles la ingesta de alcohol como son: (VALENTIN, 1983, 123)

1. Los daños a la salud que ocasiona (cirrosis hepática, úlcera péptica, várices esofágicas, desnutrición, etc.).
2. Las alteraciones de la conducta que origina:
 - Absentismo laboral.
 - Accidentes de tránsito.
 - Problemas legales y otros.
3. Las graves consecuencias sociales que determina:
 - Desintegración familiar.
 - Disminución de la capacidad productiva o de consumo.
 - Sobrecarga económica familiar y social

El alcoholismo, es considerado a nivel mundial un grave y creciente problema de salud pública. Por su magnitud y trascendencia, ha merecido, desde 1950, la atención de la Organización Mundial de la Salud, en Viña del Mar, Chile, en noviembre de 1960, se aprobó al alcoholismo dentro del programa de salud, considerándolo como " un trastorno crónico de conducta", con lo cual , persistió el criterio del médico Thomas Trotes, que sostenía desde 1800, que el alcoholismo era " una enfermedad".

Más tarde, la OMS amplió la definición del alcoholismo, para abarcar las variaciones regionales y sociales, mencionando que el "alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden de la conducta; caracterizado por la ingestión repetidas de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo ético acostumbrado al de la aceptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicios a la salud del bebedor, ha sus relaciones con otras personas y a su actividad económica.

Desde el punto de vista epidemiológico, el alcoholismo puede ser definido como una enfermedad adquirida, crónica, progresiva y generalmente mortal, caracterizado por la ingestión compulsiva de cantidades excesivas de alcohol que conduce a: estadios más avanzados de la enfermedad, y a ciertas secuelas de deterioro psicológico, físico y social.

La prevención de los problemas relacionados con el alcohol es motivo de preocupación no sólo para la salud pública y el bienestar social; sino también, constituye un asunto circunscrito a intereses políticas, económicos, intelectuales y emocionales. A pesar del esfuerzo que se ha hecho para crear una red de ayuda como Alcohólicos Anónimos otras instituciones y asociaciones que encaran estos problemas, las cifras de prevalencia no han notado una disminución importante y; en muchas ocasiones, ha sido difícil atraer a los pacientes y proporcionarles un tratamiento exitoso.

En la atención de los alcohólicos han surgido cada vez más diversos grupos de ayuda como son "Alcohólicos Anónimos"(AA). Éste, último requiere de la planeación de acciones de Enfermería como apoyo en la satisfacción de necesidades de las personas enfermas por esta adicción, los cuidados que les son brindados en las

etapas agudas de este proceso crónico, en general es proporcionado por personas que con su experiencia han logrado establecer programas donde la intervención de apoyo de los profesionales de Enfermería está en proceso.

Los alcohólicos, al ingresar a estos grupos, adoptan diferentes conductas, a veces de aceptación y otras de rechazo.

Por lo tanto en el presente trabajo se muestra la necesidad de analizar la forma de apoyo a los pacientes y a sus familiares coadyuvando a la acción de las organizaciones no gubernamentales como los de AA. Los alcohólicos cobra la importancia en el problema del alcoholismo la relación interpersonal de apoyo de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, sobre todo en la posibilidad de ser aceptado por la familia, porque son una población discriminada socialmente, lo que a su vez agudiza el problema de la autoestima del alcohólico.

Para lograr lo anterior son muchas las acciones que deben emprenderse. En primer término, la formación de personal de grupos interdisciplinarios (Enfermería, Trabajo Social, Terapeutas, Psicoterapeutas, promotores de salud especializados para la prevención y la rehabilitación) que se dediquen a estudiar, de manera integral, el problema del alcoholismo, con proyectos coordinados con el programa de Salud acorde a la red a las necesidades de la población de los grupos de AA.

La licenciada en Enfermería y Obstetricia tiene un amplio campo de acción en la prevención del riesgo del alcoholismo y de sus complicaciones, En ese sentido, el aporte de la salud mental es fundamental de manera que los parientes de los

alcohólicos valoren la recuperación en la salud individual, familiar y social para ello se requiere:

- Sensibilizar a la familia del alcohólico sobre la necesidad de participar activamente en el tratamiento del mismo.
- Estimular a las sociedades civiles (Alcohólicos Anónimos) con el objeto de extender y ampliar su cobertura y mejorar la calidad de los servicios que prestan.
- Inculcar a todo ciudadano las necesidades de informar de todos los casos problema, aun los más incipientes, para actuar de inmediato en cualquiera de los niveles preventivo, curativo y rehabilitación.
- Desarrollar una orientación científica sobre los efectos de estos productos en la salud del individuo, la familia y la comunidad; Su relación con la salud, la productividad y la criminalidad, principalmente en las instituciones educativas, los lugares de trabajo y en los expendios de bebidas alcohólicas.
- Las actividades de diagnóstico se orientan a la población en general y grupos específicos de la comunidad, con alto riesgo de sufrir patología, con el objeto de capacitar a los individuos en la en la detección de los síntomas de la enfermedad mental y el alcoholismo en sus estadios iniciales.
- Detectar en la comunidad grupos de alcohólicos y establecer comunicación con líderes naturales y oficiales.

En el presente trabajo se abordan el análisis de las necesidades de los alcohólicos las distintas alternativas que los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia pueden aplicar con los que ingresan al grupo AA y como repercuten en la satisfacción de necesidades físicas y emocionales para un cambio en la conducta adictiva.

En el capítulo primero se describen los aspectos relacionados con el problema de investigación, en el segundo se describe el marco teórico donde se destaca la **Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones**. La relación de apoyo a las personas con alcoholismo. En el tercero se menciona la metodología de la investigación, el universo y la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos. En el cuarto se describen e interpretan los resultados, así mismo se presenta la comprobación de hipótesis, las conclusiones la propuesta. Al final se Incluye la bibliografía y los cuadros, gráficas y el instrumento de recolección

1. ASPECTOS DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes.

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial de euforia y disipación, el alcohol. Este estado es variable en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y a las motivaciones intrínsecas y extrínsecas, que pueden llevar al estado de intoxicación alcohólica aguda.

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, del individuo y por ende de la sociedad, La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

El consumo moderado de alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia, Esto es, el alcohol es una de las bebidas embriagantes, que consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores "normales" disfrutan de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian las diferentes calidades de las bebidas. Desafortunadamente, a causa del consumo inmoderado de alcohol, los individuos presentan problemas en la salud integral y en las relaciones interpersonales.¹

¹ <http://www.salonhogar.com/ciencias/sicologia/alcoholismo/elalcoholismointroduccion.htm> 2000

Como hemos visto, el alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica al alcohol; y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

A partir de 1977, el Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-dependencia, C.E.M.F.E., actualmente, Instituto Mexicano de Psiquiatría, junto con la Sub-Secretaria General de Salud Mental de la Secretaria de Salubridad y Asistencia hacen el señalamiento que la enfermedad mental, la fármaco-dependencia y el alcoholismo son problemas generales de salud.²

De aquí, se desprende la necesidad de integrar equipos interdisciplinarios, que permitan ejercer actividades preventivo asistenciales en los campos médico, psiquiátrico, psicológico y social. Los programas desarrollados para combatir el alcoholismo consistían en acciones aisladas de grupos de personas entusiastas, que centraban sus esfuerzos en la atención de enfermos alcohólicos, pero sus

² MOLINA Piñero, Valentín y Luis A. Luis Sánchez " El alcoholismo en México" Ed. Fundación de Investigaciones Sociales A. C. 1983 pp. 123

actividades se veían coartadas en el momento en que se requería la participación de otras unidades, que dentro del mismo sector público, no compartían su entusiasmo, situación que generó la pérdida del interés en este campo, delegando la responsabilidad del problema a grupos particulares o de autoayuda como la única alternativa terapéutica.

Con estos antecedentes surge la necesidad de conjugar los diversos factores económicos, científicos y sociales para la atención de la salud mental y el alcoholismo, al cuestionar los modelos tradicionales, se hace patente establecer un sistema que permita aprovechar al máximo los escasos recursos existentes. De este modo se establecieron servicios de salud mental fuera los grandes hospitales psiquiátricos, que vendrían a reforzar la atención ambulatoria, evitando el nefasto círculo vicioso internamiento-externamiento la falta de control ambulatorio, la recaída – re-internamiento. Se estableció en la SSA un sistema escalonado para la atención de la salud mental y al alcoholismo integrado por los tres niveles de atención, y es el primer nivel, Centros de Salud, lo que permitió desarrollar con mayor efectividad actividades preventivo-asistenciales, quedado como modelo institucional.

El acercamiento descrito, en el cual, el enfoque al problema se realiza de manera interdisciplinaria genera , una atención enfermo alcohólico de mayor calidad, más accesible, oportuna y con un menor costo económico y social.³

Desde entonces la mayor parte de las instituciones oficiales y privadas del país dan algún tipo de atención al individuo que solicita servicio por problemas derivados del consumo del alcohol. Entre éstas se encuentran la Secretaría de

³ *ibidem* p.12

Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, dependencias oficiales como el Departamento del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Comunicaciones. Sin embargo no existen políticas unificadas ni criterios homogéneos para los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en estas. Dónde se concretan a desintoxicar y tratar las complicaciones orgánicas de alcoholismo.

En los hospitales psiquiátricos el porcentaje de ingresos para alcohólicos está aumentando gradualmente cada año y son el tipo de pacientes que más reingresos tienen cuando en alguno de estos se ofrece algún tratamiento de rehabilitación, lo hacen exclusivamente a través de grupos institucionales de Alcohólicos Anónimos o ALANON, porque prácticamente ninguno cuenta con servicios especializados integrales para la rehabilitación.

Lamentablemente, la implantación a nivel Nacional de un programa para alcohólicos, desde su inicio, requiere vencer una diversidad de problemas entre los cuales destaca lo económico, a pesar de ser relativamente barato, es necesario asignarle recursos financieros.⁴

Si lo anterior lo aunamos a la escasa preparación que dentro de la formación curricular reciben los especialistas que desarrollan los programas en técnicas y destrezas que les faciliten el manejo y penetración en la comunidad, tendremos un factor más cerca del por qué no es atractivo el trabajo comunitario y despierta poco interés para incorporarse a él.

⁴ Ibidem p. 80

Si tratamos de analizar y evaluar en forma global el modelo, podemos apreciar que el diseño no está totalmente establecido, pero será necesario desarrollar una serie de actividades paralelas a él, que fortalezcan sus acciones, como sería señalar ante los niveles decisivos, la necesidad de asignar mayores recursos a grupos organizados de AA. o en Instituciones de Salud , por lo tanto es necesario conocer las necesidades de este grupo para una intervención efectiva por los licenciados en Enfermería y Obstetricia.

1.2 Justificación

Los diferentes programas que existen para la atención de los alcohólicos tienen como base la información que permite un conocimiento totalizador del problema los trabajadores de salud responsable para desarrollar programas contra el alcoholismo, esto requiere cubrir una etapa de formación cuyo objetivo es la adquisición de conocimientos sobre alcoholismo en distintos grados de complejidad, pero suficientes como para cumplir en forma integral y homogénea las experiencias educativas que se llevarán a cabo.⁵ El problema que enfrenta la población de alcohólicos en cuanto a obtener la relación de apoyo es porque la experiencia familiar es desagradable; y la discriminación social, que agudiza el problema.

El conocimiento integral, acerca de experiencias que permitan el despliegue de otras acciones orientadas al mejoramiento del nivel sanitario individual y social de esta población de alcohólicos, la llevada a la organización no gubernamental de grupos de ayuda como son los de AA. y en este caso el de nuevo Garibaldi la labor de estos grupos se basa en la experiencia propia de los integrantes que

⁵ Ibidem p. 99

han logrado salir con sus propios recursos ante el riesgo de caer su acción se enfoca hacia la ayuda a otros. Sin embargo es necesario el apoyo profesional del equipo interdisciplinario de salud. al ingresar a Alcohólicos Anónimos (AA.) la situación, los enfrenta a su realidad; con otros que padecieron la misma enfermedad ya que este problema no respeta edades, ni posición social, afectando tanto a hombres como a mujeres.

A pesar del interés que el alcoholismo ha despertado en múltiples instituciones y diferentes profesionistas, las investigaciones desde el ángulo social y cultural son muy escasas y se refieren casi exclusivamente a las zonas urbanas, quedando muchas facetas aún oscuras en cuanto a la problemática del alcoholismo como fenómeno existencial, uno de estos estudios es el de la fundación Televisa de 1986 que destaca:

El aumento de 100% al 500% en el consumo desde 1980.

1.- Cifras estadísticas:

- De 6 millones y medio de alcohólicos, el 50% tienen de 12 a 28 años.
- El 65% está en edad productiva.
- La conducta de estos enfermos neurotiza como promedio a 5 personas más padres, hermanos, esposa (o) hijos.
- 75,000 adolescentes se agregan anualmente a las primeras etapas de enfermedad
- De los mexicanos 15 a 60 años de edad, uno de cada 10 es alcohólico.
- Se estima que el crecimiento actual del problema es de dimensiones alarmantes.
- La tasa de mortalidad en el alcohólico es 2.5 veces la taza normal.

- La tasa de suicidio por el alcoholismo es también 2.5 veces mayor que el resto de la población.
- La muerte por accidentes en los alcohólicos son siete veces más que en la población general
- También la tasa de morbilidad entre los alcohólicos es muy alta.
- Entre los enfermos en los hospitales generales, los identificables como alcohólicos varían entre 13 a 25 por ciento.
- La cifra de mortalidad es de cuatro veces mayor en el hombre que en la mujer; estos datos son una constante variable.
- El 80 por ciento de los divorcios tienen su origen en alcoholismo.
- Recientemente, se ha calculado que el 75% de estudiantes de del nivel superior consumen bebidas alcohólicas⁶

2.- Daños a la salud

- Cirrosis hepática oscilan entre 33 y el 65 por ciento.
- La pancreatitis más del 50 por ciento.
- La desnutrición ocurre entre personas alcohólicas.
- Algunos tipos de cánceres en sitios específicos están asociados con el alcohol, tales como: el esófago, en tumores malignos primarios del hígado.
- Desórdenes mentales el 42 % de los pacientes deprimidos refieren el abuso en la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Aun cuando estas estadísticas correspondientes a 1983, y el problema ha ido en aumento se consideran básicas en el análisis del problema, a estos se han agregado otros como la violencia interfamiliar, el maltrato infantil, la desintegración familiar. Ante este panorama el alcohólico no se da cuenta de las repercusiones en la familia, en el ámbito social, laboral y otros entornos.

⁶ Ibidem p. 125

1.3 Planteamiento del problema

¿Cuales son las alternativas del LEO en la relación de apoyo que establece con el alcohólico en el grupo AA. para Identificar las necesidades físicas y emocionales, así mismo con la perspectiva de cambio de conducta?

1.4 Objetivo

Identificar las necesidades físicas y emocionales de los alcohólicos y plantear las alternativas de apoyo asistencial con el grupo 24 horas de Nuevo Garibaldi alcohólico en AA., y en la perspectiva de cambio de conducta.

1.5 Hipótesis.

La LEO en las alternativas de la relación de apoyo que establece con el alcohólico de grupos AA. identificar las necesidades, físicas y emocionales y la perspectiva de cambio de conducta del alcohólico.

1.6 Variables.

- Variable independiente
 - Relación de apoyo LEO. Con los alcohólico en los grupos AA.
- Variable dependiente
 - Las necesidades físicas y emocionales.
 - Perspectiva de cambio de conducta.

1.7 Definiciones operacionales.

Alcohólico.- Persona enferma por saturación de alcohol en su organismo que consume excesiva y repetitiva grandes cantidades de alcohol en forma incontrolada.⁷

Alcoholismo.- Es una enfermedad ocasionada por el abuso de alcohol en forma aguda o embriaguez o crónica que produce trastornos graves que va denigrando al individuo física, psicológica y socialmente. Es el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico se manifiesta en diferentes grados y la intoxicación etílica aguda o crónica, se caracteriza por confusión y conciencia alterada por la disfunción metabólica al nivel cerebral del sistema nervioso central. 8

Grupos de AA.- Es una asociación o agrupación de individuos que asisten ahí para darse una ayuda mutua y superar su problema. Es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia como alcohólicos con la perspectiva de encontrar fortaleza y esperanza a su problema común y ayudar a otra a recuperare del alcoholismo.⁹

Comportamiento.- Forma de conducta, manera de comportarse, actitudes del individuo.¹⁰

Relación ayuda.- Es la que se establece a través de la comunicación, la empatía y la comprensión que hace un sujeto con información en la interacción con el otro.¹¹

⁷ Diccionario de la lengua española. Madrid 19° ed. ED. Espasa-Calpe, S.A 1970

⁸ Ibidem

⁹ Folleto Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica ED. Litho Focet Viaar, S.A. de C.V. 2001

¹⁰ Diccionario de la lengua española . MADRID 1970 19° ed. ED. Espasa Calpe. S.A

¹¹ Diccionario enciclopédico universal BARCELONA 1970 Tomo I A 4°ed. ED. Credsá p.457

Estilo de vida.- Desde una perspectiva integral, como parte de conducta o método con relación a las acciones ejecutadas por una persona acerca de su calidad de vida.- El grado de bienestar y satisfacción personal con su propia vida (social, físico y psíquico) los síntomas de una enfermedad por causas biológicas, falta o presencia de afectividad indicando una clara dificultad para expresar sentimientos en especial los negativos. Existen diferentes enfoques de la calidad de vida: familiar, física, sexual, social, cultural, económica y religiosa. Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (BIBEAU y COL. 1985). En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Desde la perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.¹²

Necesidades emocionales o afecto. Estado del individuo en relación de ánimo.(Alegría, pena, miedo, etc.) expresión adecuada de los sentimientos y las

¹² MAYA Luz Elena Los estilos de vida saludables [http:// www.funibre. Org/ documentos/lemaya 1. htm](http://www.funibre.Org/documentos/lemaya_1.htm) p.2-3 2004

emociones, Estas repercuten en la seguridad, amor y pertenencia de autoestima, autorrealización.¹³

Necesidades físicas o fisiológicas. Conocidas también como primarias permiten la sobre vivencia del individuo: Son las potentes de todas y la que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre ellas se encuentran la liberación de sed, respiración, dormir, hambre, sexo, descanso, comunicación, higiene.¹⁴

¹³ PERSMASNH Las necesidades humanas, según A maslow <http://www.apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page= PersMasnh 2004>

¹⁴ Ibidem p. 3

1.8.-Operacionalización de las variables.

Variables	Dimensión	Escala	Categoría	Indicadores	Técnica	Instrumento
Relación Ayuda	Al enfermo alcohólico	Nominal	Si No	Reconoce que necesita ayuda. Información de ayuda del personal de salud Confianza en el personal de Salud.	Encuesta	Cuestionario
Alternativas de apoyo	Proposiciones Para la Aceptación del alcohólico	Ordinal Nominal	Excelente. Buenos. Regulares. Insuficientes. Malos. Si. No.	Como califica a los grupos de AA. Reconocimiento de los grupos de AA. son efectivos Tiene apoyo familiar Personal de salud tiene Información de cómo cuidarlo	Encuesta	Cuestionario
Necesidades físicas	Conservar la Fisiología	Nominal. Ordinal	Si. No. Esporádicas. Poco frecuentes. Muy frecuentes.	Autocuidado den: Necesidades básicas: descanso Después de beber, sueño, higiene Corporal Toma alimentos cuando ingiere alcohol Medicamentos para dormir. Come suficiente mientras bebe. Hace tres comidas. Participación en las funciones Asignadas y comprometidas con El grupo de AA Sus actividades en el grupo AA. Son de responsabilidad. Recibe apoyo en la higiene Personal cuando bebe	Encuesta	Cuestionario
Sociales	Relaciones	Nominal Ordinal	Si. No	Tiene apoyo para dejar de beber familiar. Su compromiso con el AA. es motivador. para dejar de beber. Se siente rechazado por la	Encuesta	Cuestionario

	Interpersonales		Amigos. Familia. Sociedad.	sociedad. Los problemas en el hogar determinan su forma de beber. Quién influye para que UD. Ingiere bebidas alcohólicas Le molesta que le den consejos		
Emocionales	Actitud	Ordinal. Nominal.	Depresión. Timidez. Inseguridad. Si. No. Ansiedad. Soledad. Decepciones. Perdidas de seres queridos.	De las conductas emocionales cual de ellas lo inducen a beber. Se considera dependiente del alcohol porque toma seguido. Por que razones comenzó a beber	Encuesta	Cuestionario
Estilo de vida	Comportamiento	Nominal Ordinal.	Si. No. Personales. Emocionales. Sociales. Familiares. Económicos. Laboral. Soledad. Inseguridad. Amigos. Fiestas. No apoyo familiar.	Su situación de vida a cambiado. Con AA Se considera dependiente del alcohol antes de ingresar a AA.. Cree que pueda dejar de beber. Mientras siga en el grupo factores considera tener para Empujarlo al alcoholismo	Encuesta	Cuestionario

2. MARCO TEORICO.

2.1 Epidemiología del alcoholismo.

Para la vigilancia epidemiológica de las adicciones los establecimientos deben apegarse a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA 2-1994. Las adicciones se consideran dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles y, como tales, son objeto de aplicación de un subsistema especial de vigilancia epidemiológica.

Los procedimientos específicos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de las adicciones deben basarse en los lineamientos escritos en el manual del sistema de vigilancia y epidemiológica de las adicciones, que cuenta con los elementos técnicos metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los establecimientos del sistema nacional de salud (SNS).

Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.¹⁵

Que con fecha de 21 de junio de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, presentó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de prevención y control de enfermedades, el anteproyecto.

Que con la fecha del 12 de abril del 2000, en cumplimiento de lo previsto en el Artículo 47, se publicó en el Diario Oficial De La Federación el proyecto de la presente **Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2**. Esta norma mexicana tiene

¹⁵ Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana Para la prevención y control de adicciones" pp. 12-15 México, DF. 2000

por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Esta **Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2** es de observancia en todo el territorio nacional para todos los prestadores de servicio de salud del sistema nacional de salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realizan actividades preventivas, de tratamiento y dentro de las adicciones.

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país que ha permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psico-activas, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia la escuela, en el trabajo y en la sociedad.

En el caso de las bebidas alcohólicas, la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad. Entre otros problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes automovilísticos y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta.

Alcoholismo, al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico, delirium, al estado mental agudo, reversible, caracterizado por confusión y conciencia alterada y posiblemente fluctuante, debido a una alteración del metabolismo cerebral.

El alcohol es una droga y las personas pueden morir de la sobre dosis. Esto es un peligro específico para los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber. El alcoholismo puede matar en muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

Prevención.

Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, las características de los individuos los patrones de consumo; los problemas asociados, así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales para ello es necesario.¹⁶

- Fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el auto cuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona propiciando condiciones que eleven la calidad de vida en las familias y en las comunidades.
- Asumir objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como promover la salud integral entre la población.
- Llevar a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente en los grupos de alto riesgo.

¹⁶ íbidem pp. 19-21

Tratamiento.

La atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

Modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar a adicto en resolución a su problema. Programas de ayuda mutua, los programas de ayuda más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "los doce pasos de AA" que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales; se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.

2.2 El Enfoque De Riesgo.

Es un abordaje conceptual y metodológico que plantea que:

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.¹⁷
- El control de los factores de riesgo, por supresión (eliminación) o compensación, disminuye la probabilidad de daño (prevención primaria) y

¹⁷ DRYFOOS, J.G. *Adolescentes at Risk. Prevalence and Prevention*. Londres: Oxford University Press. 1990 pp. 1-280 En: Florenzano, R.

el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud (prevención primordial). La estrategia de riesgo se ha demostrado como especialmente útil en el terreno de los problemas de salud del adolescente. DRYFOOS ha conceptualizado la secuencia anterior, hablando de factores antecedentes, ligados a características socio-demográficas (por lo tanto no modificables), y factores personales, familiares, comunitarios y del contexto socio-cultural amplio. La conducta de alto riesgo es definida por ella como ***"la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias-negativas para la salud"***.

El razonamiento se aplica por lo tanto a cualquiera de las conductas que desde los estudios de JESSOR y JESSOR han sido considerados arriesgadas. En el caso del cigarrillo, una conducta (fumar cigarrillos) se asocia, en el mediano o largo plazo con consecuencias tales como cáncer pulmonar. En otros casos la asociación es más mediata, como cuando la conducta relación sexual temprana tiene como consecuencia un embarazo precoz. El grafico1 resume esta secuencia causal.

GRAFICO 1: ESQUEMA CAUSAL SOBRE CONDUCTAS DE ALTO RIESGO.



Entre los antecedentes de estas conductas, se pueden considerar diversos elementos. Modificando la esquematización de DRYFOOS se distinguen en primer nivel las características socio-demográficas, tales como sexo, edad, etnia, educación de los padres, extracción rural o urbana, en un segundo las

características individuales como nivel educacional, notas en la escuela, religiosidad, personalidad y sus características, etc. En un tercer nivel podemos distinguir características familiares, tales como grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación, etc. Finalmente, en el plano comunitario podemos separar las características del sistema educacional, de pares, de los medios de comunicación de masas que llegan al niño y factores macroeconómicos como la situación del empleo, las oportunidades educacionales, el nivel de ingresos, etc.

2.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgos son aquellas condiciones presentes en el individuo (factores individuales), en la familia, comunidad (factores sociales e interpersonales) y del ambiente (factores macro sociales) que aumentan la probabilidad de que una persona incurra en conductas de riesgo. (Ver Gráfico 2)

De esta manera existen diversos factores que pueden estar interviniendo combinadamente en la incursión o no de conductas de riesgo por parte de un adolescente. Desde este punto de vista, la conducta de riesgo es multifactorial, es decir, no es producto de una causa en particular, sino que responde a un conjunto de factores interdependientes entre sí.

Factores individuales

Dentro de los aspectos individuales se encuentran los *factores de carácter biológico* de la persona, es decir, los relacionados con la transmisión hereditaria. En el caso del alcoholismo, existen estudios que demuestran una mayor predisposición genética. VAILLANT (1993) evidenció que los hijos de familias con historia de alcoholismo tienen dos o tres veces más riesgo de desarrollar alcoholismo. En un estudio de adopción cruzada, GOODWIN descubre que los hijos

de padres biológicos alcohólicos criados por padres adoptivos no alcohólicos, tienen cuatro veces más riesgo de presentar alcoholismo que los hijos de padres biológicos no alcohólicos adoptados por padres alcohólicos (FLORENZANO, 1993).¹⁸

Desde este punto de vista, la conducta de riesgo es multifactorial, es decir, no es producto de una causa en particular, sino que responde a un conjunto de factores interdependientes entre sí. Por ejemplo, en la etapa adolescente los individuos tienden a ser más bien impulsivos, están más proclives a las presiones del grupo de amigos debido a la necesidad de pertenencia, o sea de sentirse parte de un grupo, y están en un proceso de búsqueda de identidad, todos factores que pueden incidir en que un adolescente incurra en conductas de riesgo.

Los factores psicológicos, son otros aspectos individuales asociados a las conductas de riesgo. Entre estos, se destacan ciertos rasgos de personalidad que aparecen relacionados con una mayor incidencia de conductas de riesgo, como una baja autoestima, inseguridad personal, impulsividad, timidez y baja tolerancia a la frustración.

También, están presentes como factores de riesgo, el escaso desarrollo de habilidades sociales, la dificultad para resistir las presiones del grupo cuando estas son negativas y la incapacidad de expresar sentimientos y emociones. Además, *las actitudes y creencias* que tengan los adolescentes respecto de ciertas conductas, es otro factor que se relaciona con una mayor o menor incursión en las conductas de riesgo. De esta manera, si un adolescente tiene una actitud favorable hacia el consumo de marihuana y alcohol, es decir, si considera por una u otra razón que

¹⁸ "Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar". Corporación Ancora, Ministerio de Educación Internet 2003 p.9

está bien consumir alcohol y marihuana, existe mayor probabilidad que efectúe estas conductas, ya que no las desaprueba.

Por último, se señala como un factor de riesgo dentro de los aspectos individuales, algunos rasgos psico-patológicos tales como la depresión, la ansiedad, dificultades severas en el manejo de la rabia, vergüenza y soledad, que aparecen relacionadas con la incursión de ciertas conductas de riesgo, tales como el consumo de determinadas drogas. En estos casos, la droga cumple la función de automedicación, ya que el consumidor la utiliza como una forma de manejar y superar ciertos estados de ánimo.

Factores sociales e interpersonales

La *familia* cumple un rol fundamental en el desarrollo del adolescente, entregándole un marco de referencia respecto de valores, principios y creencias que éste abrigará y/o modificará a lo largo de la vida, y por sobre todo constituye el núcleo central y primario del desarrollo afectivo y social de la persona.

Se ha demostrado que diversas situaciones familiares están relacionadas con una mayor conducta de riesgo adolescente, como por ejemplo: la inestabilidad familiar, la falta de afecto, las dificultades de comunicación entre padres e hijos(as), los estilos aparéntales extremos (autoritarismo o permisividad), la falta de unidad familiar, las dificultades para resolver conflictos familiares y mantener los límites. Asimismo, la presencia de ciertas conductas de riesgo en los padres (como alcoholismo, drogadicción, delincuencia, etc.), es un elemento de gran influencia en los hijos(as), tanto por ser modelos de sus hijos(as), como por las tensiones y dificultades emocionales que esto genera en ellos.¹⁹

¹⁹ *Ibidem* p. 10

Por otro lado, el grupo de *pares o amigos*, ejerce gran influencia en la etapa adolescente y puede constituirse en un factor de riesgo en la medida que el adolescente tenga dificultad a resistir a la presión del grupo y tomar una posición independiente frente a situaciones que ponen en riesgo su salud. La necesidad del o la joven de sentirse parte de y aceptado por el grupo de pares, constituye un riesgo en la medida que el grupo ejerce influencias negativas sobre él, como por ejemplo grupos donde se consume drogas o se practica la delincuencia, pueden motivar el inicio de estas conductas en el adolescente.

La *escuela y la comunidad*, constituyen ambientes donde el o la joven está interactuando constantemente, y cuando éstos son hostiles, violentos, con presencia de delincuencia, con oferta y consumo de alcohol y drogas, por ejemplo, se transforman en ambientes de riesgo para el adecuado desarrollo de sus miembros. Asimismo, la falta de espacios en la comunidad donde los y las jóvenes puedan desarrollar sus habilidades, practicar deportes y recrearse, entre otros aspectos, está relacionado a un mayor nivel de incursión en conductas de riesgo. De este modo, el *Gobierno local*, las *instituciones públicas* y las *organizaciones comunitarias*, ejercen un rol importante en la medida que proveen o no de estos espacios y oportunidades para sus miembros.

Factores macro-sociales

Dentro de los factores macro-sociales, los ***medios de comunicación de masas*** es uno de los más influyentes. Usando de ejemplo el consumo de alcohol, los modelos sociales y mensajes publicitarios que refuerzan el uso de alcohol en diversas situaciones sociales, generan una cultura donde los problemas, dificultades y frustraciones tienen alivio en un factor externo a la persona y no en recursos internos propios. Es el caso de películas, teleseries y comerciales, donde los problemas y tensiones se alivian con el consumo del alcohol.

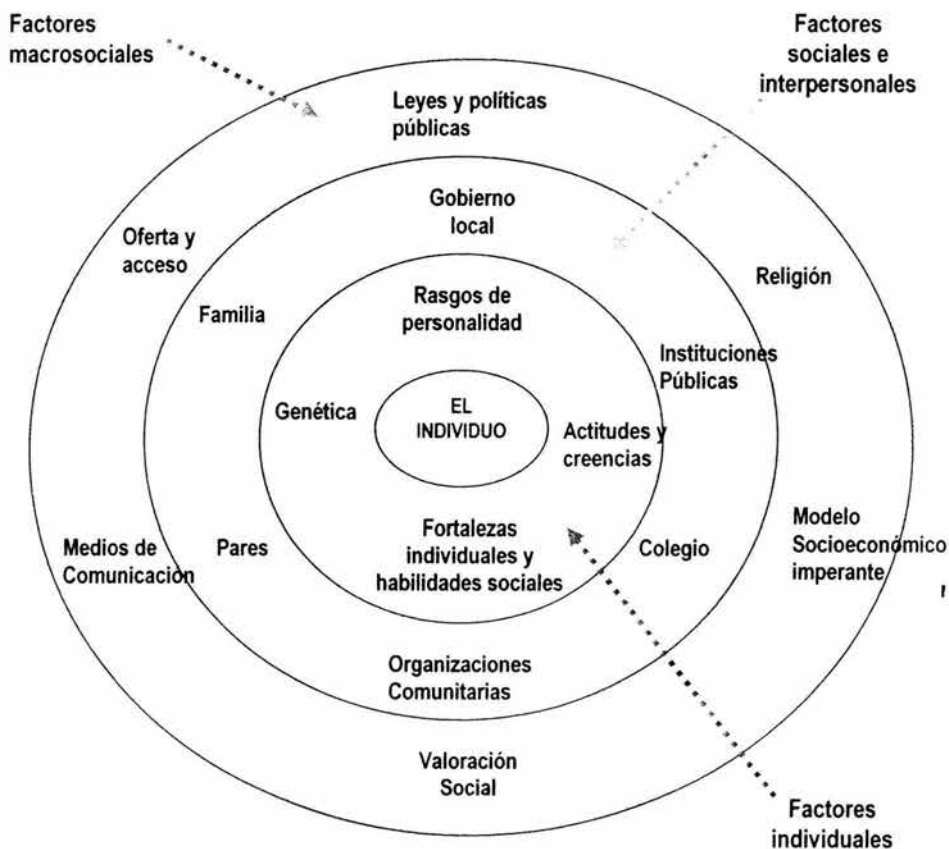
La publicidad identifica el uso de esta sustancia con momentos de alegría, camaradería, prestigio, intimidad y éxito. El deporte aparece también asociado con el uso de alcohol, siendo este último parte fundamental del uso del tiempo libre de muchos jóvenes. La escasa aplicación de las *leyes* que regulan el expendio, tráfico y consumo de alcohol y otras drogas, como de otro tipo de conductas de riesgo tales como la violencia y delincuencia, favorece la oferta, disponibilidad y oportunidad de incurrir en estas conductas.²⁰

Por otro lado, algunos sostienen que **el modelo socioeconómico imperante**, con variables culturales como el materialismo y consumo, individualismo y competitividad, promueven estilos de vida que buscan sobresalir o bien, sobrevivir en él. En este sentido, una crisis de valores, falta de espiritualidad y sentido de la vida, son consecuencias de este modelo que colaboran en la manutención de la cultura de corto plazo, caracterizada por la búsqueda del placer y la evasión del dolor.²¹ (Ver Gráfico No. 2)

²⁰ *Ibidem* p.11

²¹ *Ibidem* p.12

GRÁFICO 2: FACTORES QUE INCIDEN EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO



Adaptado de Prevention Plus II, OSAP, ADAM 89-1649. En: "Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar". Corporación Ancora, Ministerio de Educación.

2.4 Definición de cultura.

Hay una falsa idea popular de que algunos miembros de la sociedad tienen cultura mientras otros no. Desde un punto de vista sociológico, todos los seres humanos tienen cultura. Esta, puede definirse como la suma total de los rasgos de comportamiento y de las creencias - características aprendidas - de los miembros de una sociedad particular. La palabra clave en la anterior definición es "aprendidas", factor que establece la diferencia entre cultura y comportamiento, este último es el resultado de la herencia biológica.

El desarrollo humano depende de la **socialización**: el proceso continuo de interacción a través del cual adquirimos una identidad personal y habilidades sociales. El contenido de la socialización varía de una sociedad a otra. A través de la socialización adquirimos la cultura de la sociedad en la cual somos criados; aprendemos su plan particular de vida. Qué clase de personas llegamos a ser, está fuertemente influido por la **culturización**: la inmersión en una cultura hasta el punto en que el plan particular de vida nos parece "natural solamente".

Todas las culturas consisten de seis elementos principales:²²

1. Creencias (explicaciones de experiencias compartidas)
2. Valores (criterios de juicio moral)
3. Normas y sanciones (normas específicas de conducta)
4. Símbolos (representaciones de creencias y valores)
5. Idioma (Un sistema de comunicación simbólica)
6. Tecnología

²² BRUCE J. Cohen Richad J Gelles Ann Levine "Introducción a la Sociología" pp.1-3 Internet 2003

Cultura y sociedad

Una sociedad es un grupo de personas que viven en comunidad durante cierto tiempo, ocupan un territorio y eventualmente, empiezan a organizarse como unidad social distinta de otros grupos. Los miembros de una sociedad comparten también una cultura. Es imposible que una cultura y una sociedad existan separadamente. Si existe una sociedad, debe existir una cultura correspondiente.

Comunicación simbólica

El único factor que definitivamente diferencia a los humanos de los animales inferiores es su capacidad de comunicarse a un nivel sumamente complejo. La facultad humana, altamente desarrollada, de la comunicación simbólica, facilita la adquisición de la cultura y posibilita su transmisión de una generación a otra. Sociólogos y antropólogos coinciden en afirmar que si los seres humanos no tuvieran la capacidad de desarrollar el lenguaje y comunicarse, no hubieran sobrevivido como especie.

Los seres humanos se comunican mediante **símbolos**, de tres maneras básicas: la primera es un *lenguaje hablado*, o sea patrones de sonido con significación. El lenguaje hablado facilita la comunicación y la enseñanza. El segundo modo de comunicación es el *lenguaje escrito*, o sea el registro gráfico del lenguaje hablado, que permite la conservación del aprendizaje y del legado cultural. El tercero, es el *lenguaje corporal*, denominación acuñada por la literatura popular para significar el intercambio de mensajes a través de gestos y actitudes corporales.²³

²³ Ibidem p.4

Normas culturales

Una norma cultural es un patrón establecido de lo que un grupo espera (o acepta) en cuanto a pensamiento y conducta. Estas expectativas y conductas resultantes, varían muchas veces de una cultura a otra. Las normas culturales adoptan formas muy diferentes, algunos de los cuales se esbozan a continuación:

1. Los valores, son sentimientos enraizados en los miembros de una sociedad, que generalmente señalan las pautas de acción y de comportamiento de los individuos. **Ejemplo:**

La sociedad estadounidense asigna un gran valor a la vida de familia, las libertades individuales, la prensa libre, y la igualdad ante la ley. Estos valores están sujetos a la interpretación de cada cual, pero se mantienen amplia y profundamente en esa sociedad.

2. Las tradiciones son las formas acostumbradas y usuales de actuar dentro de una sociedad.

3. Las costumbres contienen implicaciones significativas acerca de lo correcto e incorrecto para una sociedad. Las costumbres de una sociedad a menudo están incorporadas a su sistema legal y a sus enseñanzas religiosas. Las *leyes* constituyen costumbres de especial significación, formalizadas a través de reglas. Quienes quebrantan estas reglas se ven amenazados por el castigo legal.

La Organización de la cultura.

Una cultura está organizada de un modo sistemático, con el fin de permitir que individuos y grupos interactúen eficientemente. Un *rasgo cultural* es la unidad más pequeña de una cultura: puede ser una frase, un objeto, un gesto, un símbolo. Un *complejo cultural* es una agrupación de rasgos relacionados entre sí.

Una *institución* es un sistema organizado y normalizado que permite que se lleven a cabo ciertas funciones y que se satisfagan las necesidades individuales y de grupo.

Con el objeto de llevar a cabo las funciones necesarias y satisfacer las necesidades de los miembros del grupo, todas las sociedades han establecido cinco instituciones sociales básicas: la familiar, la educativa, la política, la económica y la religiosa. Además de estas, las sociedades modernas han incorporado otras instituciones. Por ejemplo, en ciertos países han sido agregadas a la lista la institución militar y la recreacional.

Etnocentrismo

El etnocentrismo se refiere a la tendencia que existe entre los individuos de una sociedad a suponer que su propia cultura es superior a las demás. En razón de nuestros hábitos y tradiciones, las actitudes inculcadas por la sociedad nos estimulan con frecuencia a ser etnocéntricos. Así, cuando los miembros de un grupo determinado juzgan a personas de otro medio cultural, el etnocentrismo los puede llevar a un sentimiento de superioridad.

Efectos beneficiosos del etnocentrismo.

El etnocentrismo ayuda a reforzar nuestros sentimientos de lealtad hacia el grupo y a elevar el nivel de la moral, el sentido patriótico y el nacionalismo. Además, el etnocentrismo sirve como protección contra el cambio porque defiende la preservación del statu quo.

Relativismo cultural

Es imposible comprender los patrones de conducta de otros grupos si los analizamos únicamente desde el ángulo de nuestros propios motivos y valores. El significado y valor de un rasgo cultural debe juzgarse según su contexto cultural. Un rasgo que en una sociedad es destructivo, en otra puede ser vital para su estabilidad. El valor de una costumbre puede juzgarse solamente por su contribución a la cultura.²⁴

Choque cultural

Cuando un individuo es expuesto a un medio cultural extraño o ajeno, entre personas que no comparten con él las mismas convicciones fundamentales, opera lo que se ha dado el nombre de choque cultural.

Cambio cultural

Si bien la mayoría de las personas se resisten a abandonar las viejas tradiciones, valores y costumbres, en favor de otras nuevas, todas las culturas experimentan en cierto grado un cambio a través del tiempo. Por supuesto, los métodos y los modos en que se opera el cambio variarán. El cambio cultural se da cuando quiera que nuevos rasgos y complejos culturales aparezcan en una cultura y alteren por consiguiente su contenido y estructura. La resistencia al cambio es más evidente cuando el cambio implica una desviación importante de los valores y costumbres tradicionales.

²⁴ *Ibidem* pp.6-7

Atraso cultural

La cultura humana puede dividirse en elementos materiales y elementos no materiales. Se ha tratado de probar que los cambios ocurren por lo general únicamente en la cultura material. Mientras que la gente suele aceptar de buena gana los cambios tecnológicos (una parte de la cultura material), es más difícil que esté dispuesta a modificar sus normas, valores, creencias, o su organización social. El resultado de esta disparidad es un retraso cultural cuando los elementos no materiales de la cultura están tratando de mantenerse a la par de los cambios en los elementos materiales.

Fuentes de cambio social y cultural

La tecnología es quizás el agente más importante de cambio social y cultural. Un cambio tecnológico rápido tiene más posibilidades de ocurrir en una sociedad avanzada. Si el cambio tecnológico es acelerado, se espera también que los cambios socio-culturales generados, sean acelerados. Otros factores que afectan la rapidez del cambio pueden ser los siguientes:

Medio físico. Los cambios abruptos en el medio físico son poco frecuentes, pero cuando ocurren no dan espera (piénsese en un terremoto, por ejemplo). La mayoría de los cambios en el medio físico se producen con tanta lentitud que los cambios correspondientes en la vida social pueden pasar casi desapercibidos.

Cambios en la población. Cualquier cambio importante en el tamaño o distribución de la población siempre produce cambios sociales correspondientes. Un incremento en la población podrá generar una migración, o una mayor producción, lo que a su vez dará origen a un cambio social.

Necesidades sentidas. Un pre-requisito del cambio social es el reconocimiento que haga la sociedad de alguna necesidad. Las necesidades son subjetivas, y las condiciones cambiantes crean nuevas necesidades.²⁵

2.5 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas evolucionando desde una concepción sociológica, hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que los aspectos subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida cobran especial relevancia.

La calidad de vida está determinada de una parte, por la valoración del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y de otra parte, su funcionamiento social, psíquico y físico, y definitiva de la valoración global de su salud y enfermedad.

Con este fin, de los muchos instrumentos de calidad de vida que existen, se tomará en cuenta la más global relación, en donde se desenvuelve el individuo las diferencias interindividuales en función de características personales, edad y sexo así como diferencias intra-grupales.²⁶

El estudio de la conducta de enfermedad se ha abordado a través de dos grandes líneas de trabajo: por una parte, la sociología médica, a partir del análisis de la influencia de los factores culturales, étnicos, religiosos y sociales en las variaciones que se producen en la situación de enfermedad (Mechanic 1978, 1986). Su punto de partida arranca de los planteamientos de PARSON (1951) respecto a su

²⁵ *Íbidem* pp.7-8

²⁶ ARGYLE Mercader, F. (1993). "Bienestar Social y Calidad de Vida" *Psicología y calidad de vida. Intervención psicosocial*. Vol. II. No 6: 3-13. 2003

formulación del rol de enfermo. Por la otra: el afrontamiento de la enfermedad como un proceso en que el sujeto pone en marcha en condiciones de estrés psicológico para minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes e intentar dominar el entorno. Ante la situación de enfermedad, el paciente puede enfrentarse intentando manipular o alterar el problema, es el afrontamiento dirigido al problema, o bien intentar disminuir la respuesta emocional que genera la propia enfermedad, es el afrontamiento dirigido a la emoción.

Queda esbozado que el constructor teórico de conducta enfermedad alude a una realidad ciertamente compleja, en donde múltiples variables intervienen y determinan los comportamientos que los sujetos presentan ante los estados de salud y enfermedad. Se han señalado diversas variables psico-sociales que han demostrado estar fuertemente implicadas.²⁷

En un primer grupo podemos incluir un conjunto de variables cognitivas que se han demostrado su intervención, como variables mediadoras en la conducta de enfermedad, siendo las creencias en la enfermedad, el significado que tiene la enfermedad por los pacientes, al igual que el proceso que supone la representación mental de la enfermedad y el afrontamiento a la misma.

En el otro grupo incluiríamos un conjunto de variables de influencia social y cultural, en donde los acontecimientos vitales y el apoyo social han demostrado fehacientemente su importancia.

Finalmente, señalar la importancia de la relación, profesional de la salud-paciente, es la variable a la vez mediadora y /o iatrogénica dependiendo de la actitud.

²⁷ *Ibidem* p.5

Calidad de vida según Neugarten (1974) expresa la satisfacción de vida que contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la auto imagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ambos, es un ejercicio de los valores sociales.

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo-subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida puede sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros, en la cual globaliza la participación de factores personales y socio ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente el desarrollo humano.²⁸

Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

Componentes de la Calidad de Vida.

Los estilos de vida saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, dependientes de cómo viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de **Calidad de Vida** y un poco más allá en éste como componente del **desarrollo humano** orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

²⁸ MAYA Luz Elena Componentes de la Calidad de Vida http://www.funlibre.org/documentos/lemaya_1.htm p2-2004

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.²⁹

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. En el artículo *Calidad de Vida y Desarrollo de la Vejez* (Ps Zemirower, N.P. y otro. 1992), los autores, psicólogo y médico, exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, según estos autores, no se puede realizar si no hay vida saludable. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no esté permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de reciente, de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos

²⁹ *Íbidem* p.1

los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc.

Necesidades Humanas Fundamentales

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados:³⁰

- En relación con uno mismo.
- En relación con el grupo social.
- En relación con el medio ambiente.

Como muchos otros autores; Manfred Max Neef, estudioso del Desarrollo a Escala Humana, clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categóricas axiológicas. En las primeras define las necesidades de SER, TENER, HACER y ESTAR y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad

³⁰ Ibidem p. 2

puede tener varios satisfactores y son estos los que determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones (Cuadro).

Erróneamente se ha equiparado **necesidad** con **carencia**, sin considerar que simultáneamente las necesidades pueden ser también potencialidades humanas. Cuando se asume la necesidad solo como carencia, se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como "la falta de algo" pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades. Por ejemplo:

- Necesidad de participar potencial de participación.
- Necesidad de libertad potencial de autonomía.

La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

Las Necesidades Humanas, Según A. Maslow

Las necesidades inferiores son más potentes y tienen prioridades superiores y la persona se motiva para satisfacerlas.

Maslow clasifica las siguientes necesidades en orden jerárquico:³¹

1. Necesidades fisiológicas: son las potentes de todas y las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre ellas se encuentran la necesidad de liberación de sed y hambre; la necesidad de dormir, de sexo, de alivio del dolor y de desequilibrio fisiológico.

³¹ PERSMASNH Las Necesidades Humanas. Según A. Maslow <http://www.apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=PersMasnh> p. 3-6 2002-2004

2. Necesidades de seguridad: Si las necesidades fisiológicas son superadas o no constituyen un problema serio para la persona, las necesidades de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llegan sólo hasta este nivel y esto se refleja en la preocupación por grandes ahorros, comprar seguros, etc. Este tipo de necesidades se puede manifestar como miedo. Dentro de este tipo de necesidad se encuentran la necesidad de seguridad, de protección, de estar libre de peligro, de orden y de un futuro predecible.
3. Necesidad de amor y pertenecer: Son necesidades orientadas socialmente. Depende de que ocurra cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad. Las necesidades de amor son evidentes durante la adolescencia y la edad de madurez. Joven. Dentro de éstas se encuentran la necesidad de amigos, de compañeros, de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto.
4. Necesidad de estima: son necesidades asociadas a nuestra constitución psicológica. Se pueden subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se refieren al respeto de otros (reputación, condición social, fama, ect.). Un trastorno en esta área lleva un sentimiento de inferioridad que se manifiesta con sentimientos de culpa y de vergüenza. Dentro de ésta se encuentran la necesidad de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, de admiración, de confianza en sí mismo, de auto valía y de auto aceptación.
5. Necesidades de autorrealización: Son difíciles de describir, ya que varían de un individuo a otro, incluye la satisfacción de la naturaleza individual en todos los

aspectos. Las personas que desean auto realizarse desean ser libres para ser ellas mismas. Las personas que se auto realizan siguen las conductas dictadas por la cultura acorde a su sentido del deber, pero si éstas intervienen con su desarrollo, fácilmente reaccionaran contra ellas. Para que una persona obtenga la autorrealización debe satisfacer muchas necesidades previas para que éstas no interfieran ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo. La necesidad de desarrollar y ampliar los meta motivos (descubrir la verdad, crear belleza, producir orden y fomentar la justicia).

Maslow a través de sus estudios describió 16 características que las personas autorrealizadas deben presentar:

- 1 Punto de vista realista
- 2 Aceptación de ellos mismos, de los demás y del mundo que les rodea
- 3 espontaneidad
- 4 Preocupación por resolver los problemas más que pensar en ellos
- 5 Necesidad de intimidad y un cierto grado de distanciamiento
- 6 independencia y capacidad para funcionar por su cuenta
- 7 Visión no estereotipada de la gente, de las cosas y de las ideas
- 8 historia de experiencias cumbre profundamente espirituales
- 9 Identificación con la raza humana
- 10 Relaciones profundamente amorosas e íntimas con una pocas personas
- 11 Valores democráticos
- 12 Habilidad de separar los medios de los fines
- 13 Sentido de humor vivo y cruel
- 14 Creatividad
- 15 inconformismo
- 16 Habilidad para alzarse por encima del ambiente más que ajustarse a él.

6. Necesidades de trascendencia: Es el grado final de motivación, se refiere a un sentido de la comunidad y a la necesidad de contribuir a la humanidad, también incluyen las necesidades asociadas con un sentido de obligación hacia otros, basada en nuestros propios dones.³²

³² Ibidem p. 6

Estilos de Vida

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.³³

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables**.

³³ MAYAS Luz Elena Op. Cit. p. 2

Estilos de Vida Saludables

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsico-sociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son:³⁴

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.

³⁴ Ibidem p. 3

Estilos de Vida Saludables

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsico-sociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son:³⁴

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.

³⁴ Ibidem p. 3

- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

2.6 Relación de Ayuda

La Comunicación en las Relaciones de Ayuda

"Confía en ti y no en mí".

Castañeda

Las relaciones de ayuda son aquellas que se establecen entre dos o más personas. Por lo menos una de ellas, tiene el fin expreso de apoyar el bienestar (físico, emocional o social) de la (s) otras.

Tradicionalmente se piensa en una relación entre dos personas, pero a partir de la década de los cincuenta comenzaron a desarrollarse experiencias de grupo muy exitosas. En estos casos la relación de ayuda se refuerza con el apoyo del grupo.

Cada participante es un elemento facilitado y al mismo tiempo receptor de soporte de los demás.³⁵

La relación de ayuda es profundamente humana; está fundamentada en la confianza y en la fe de que alguna de las partes es capaz de abrirse a la experiencia, aprender, modificar su conducta y que la otra tiene algo que aportar. Es utilizada comúnmente por los educadores, terapeutas, psicólogos, orientadores y médicos.

En la medida en que una de las partes acuda a otra buscando ayuda, más influencia tienen las creencias y la fe. Cada uno de los participantes espera algún tipo de trato y comportamiento del otro. Hay expectativas creadas.. En el mundo de las relaciones humanas lo que se espera crea la realidad.

En la calidad de la relación influyen, en todo el ínter actuante, múltiples factores, algunos son:

- Físicos (mi hambre, tu dolor de oído, etc.)
- Intelectuales (Coeficiente intelectual, memoria, etc.)
- Emocionales (Motivación, estado anímico, etc.)

La herramienta fundamental es la comunicación, entendida como el proceso continuo y recíproco de transmisión de ideas, sentimientos, imágenes y comportamientos a través de cualquier medio que nos permita hacernos entender. Nos comunicamos a través de las palabras, los gestos, la manera de saludar o no hacerlo, de hecho **"NO COMUNICARSE ES IMPOSIBLE"**

³⁵ FUNDAPROSAL Paris Ana Carolina La Comunicación en las Relaciones de Ayuda p.1 Internet 2004

En el caso de la relación de ayuda El proceso está direccionado; se persigue por lo menos un objetivo. Cada fase está enriquecida. TRANSMITIR una INFORMACIÓN resulta de complementar el proceso de EMITIR con el de OBSERVAR Y el de ESCUCHAR con OIR más INTERPRETAR.³⁶ **Para analizar el proceso es interesante discutir las distinciones que propone Randy Revell en su Curso para Líderes del siglo XXI y en el cual se diferencian** los factores estructurales, las percepciones, las interpretaciones y juicios, la intención y el sentimiento.

Los factores estructurales se refieren al ¿Qué, Porqué, Cómo, Dónde y Cuándo? comunicar y a los ruidos o distorsiones del lenguaje que pueden bloquear la comunicación.

Las Percepciones son informaciones que se captan a través de los sentidos: "huelo tu perfume", "Noto que usas mucho la palabra depresión", "Veo que usas una camisa roja" son fácilmente comprobables y por esta característica se diferencian de las Interpretaciones y juicios. Estos se refieren a lo que personalmente uno imagina o concluye en función de las percepciones y que por lo tanto **no son necesariamente ciertas**. "Yo pienso que no te queda bien esa camisa", "Te veo muy disgustado".

La intención otorga direccionalidad a la comunicación y en este sentido, la honestidad, la claridad de los objetivos, la capacidad para medir los efectos de la relación y comunicarlo tiene un importante valor ético.

Muchas veces confundimos los sentimientos con los pensamientos. Mientras mayor sea nuestra capacidad para experimentarlos, mayor será la posibilidad de captarlos

³⁶ Ibidem p. 1

en los demás. Para D. Goleman, esta capacidad está íntimamente relacionada con la Inteligencia Emocional. Antes de tomarlos por ciertos deben ser confirmados: "Usted se siente contento", "Se siente desorientado en este lugar"

El efecto terapéutico de la relación de ayuda fue muy bien descrito por el Dr. Carl Roger. Señala en su obra "El proceso de convertirse en persona" como a partir de una relación de ayuda centrada en el cliente, en virtud de la aceptación y el respeto incondicional del terapeuta, el paciente comienza a auto-aceptarse y valorarse plenamente, descubriéndose y ampliándose la gama de potencialidades.

Para acercarse a este tipo de relación basada en la aceptación es importante reconocer los prejuicios y las limitaciones personales; responderse preguntas como: ¿Qué opinión me merecen los homosexuales, las mujeres exitosas, las personas de color, los gordos...? son interrogantes fundamentales para responder. Otra herramienta es la observación. Los investigadores del hecho comunicativo explican que hay que escuchar cuidadosamente "Lo que no me están diciendo" y "Lo que se contradice".

Entre las técnicas del repertorio humanista la "Del silencio" permite abrir el espacio e inducir al paciente a ampliar o especificar algún tópico y la "Técnica del reflejo" sobre todo la reflexión de los sentimientos, favorece el clima de calidez y apertura que desencadenan la verdadera reflexión.

La intuición y la empatía son dos herramientas relacionadas con la capacidad para sentir "como si..." se está en el lugar del otro. Reflejarle al otro que se comprende el sentimiento que acompaña una información es para algunos terapeutas un arte; darse cuenta que somos solo una parte del todo y que detrás de cada historia hay una página común, es una de las mejores estrategias para lograrlo.

Por último, la disponibilidad y la aceptación incondicional se perciben a través del cuerpo, de aquí se deriva la importancia del ambiente físico y el dominio gestual.

- Las enfermeras y los profesionales de apoyo tienen a su alcance una poderosa arma terapéutica, "la relación de ayuda"³⁷
- Es una aplicación de la comunicación que integra las posibilidades de informar, educar, facilitar el crecimiento y la recuperación de los pacientes.
- Es una relación humana y ética
- Ha sido estudiada desde diversas disciplinas encontrándose que los comunicadores exitosos se preocupan por su formación.
- Hay múltiples evidencias publicadas en la literatura de enfermería que indican una relación proporcional entre la cantidad y calidad de la información.

La Relación Enfermera Paciente

En estas relaciones Técnicas de la Comunicación en Enfermería fomentan y explican como debe ser la comunicación humana para así ayudar a disminuir la ansiedad y angustia, que según ellos son muchas veces consecuencia de una comunicación patológica.

Me parece que es muy acertado el concepto que Virginia Satir nos quiere transmitir de la comunicación.³⁸

³⁷ *ibidem*. p. 2

³⁸ MARTINEZ Ortiz, Ma. Belén *La Relación Enfermera Paciente* mari@belenmaraterra.es Internet 2004

***"Creo que el mejor regalo que puedo recibir
De alguien es el ser visto por él,
Escuchada por él.
El mejor regalo que puedo dar
Es el ver, escuchar, comprender,
Y tocar a otra persona.
Cuanto esto se ha hecho
Siento que el contacto se ha realizado."
Importancia de la Comunicación.***

"¿Qué es la comunicación?"La comunicación es en un principio un intercambio de mensajes en donde su contenido y las personas que los emiten pertenecen por lo general a culturas y realidades distintas que, a través de la interacción hace posible que se de el proceso que ayuda a ambos interactuantes para encontrar el sentido y el entendimiento de lo que el otro emite. Aquí los elementos son las personas que interpretan el texto, y la experiencia cultural y social que las han formado, ha ellas mismas y a los signos y códigos que emplean y que tienen conciencia de una realidad externa. Las enfermeras en esta área son profesionales de esta disciplina, con reconocimiento oficial, tiene a su cargo el cuidado holístico.

Comunicación Verbal. En el área de enfermería es la comunicación interpersonal sin la mediación de tecnología mediática, en la que el elemento de mediación en a la interacción comunicativa son los sujetos del proceso.

La Comunicación no Verbal. Es una forma de expresión de las enfermeras a fin de establecer una relación interpersonal con las personas a quienes proporcionan los cuidados de enfermería. Por lo tanto, los medios utilizados por el emisor para comunicar el mensaje son: los movimientos corporales (comunicación Kinestésica), la flexión de la voz en la interacción (paralenguaje), el uso del espacio para optimizar la comunicación (proxemia) que toma en cuenta los factores ambientales

como estímulo no verbal, la comunicación gestual que conjuga la mirada con el movimiento de los músculos de la cara asociada a la percepción visual y auditiva así como la comunicación postural, el movimiento libre, de expresión no verbal y el de las manos.

Watzlawick según la Escuela de Palo Alto que repasa los cuatro axiomas de la comunicación:³⁹

- No podemos no comunicar.
- Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en comunicación.
- Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.

Para terminar, nos explican las generalizaciones, eliminaciones y distorsiones que nos podemos encontrar en toda comunicación, p.ej. la generalización excesiva, el pensamiento dicotómico (en el que se clasifica todo en dos aspectos opuestos: sería el todo o nada, blanco o negro...), el etiquetar, el filtro mental (en el que solo percibimos algunos detalles de la realidad), catastrofismo, la magnificación y minimización de las cosas, etc.

“La enfermedad una forma de comunicar” también es muy interesante observado desde el punto de vista de la enfermería. En él se hace una introducción a la somatización que definen como “lenguajes simbólicos con los que nosotros queremos decir a nosotros mismos, o a nuestro entorno, que tenemos conflictos, ya sean personales, familiares, psico-sociales, o espirituales; que nuestros

³⁹ Ibidem p. 2

sentimientos reales no pueden ser expresados ya que estos son censurados o prohibidos por miedos, moralidades por el que dirán etc. que vivimos situaciones de pérdida, de duelo, de separación inacabadas, y por lo tanto que permanecen en nuestra estructura física y psíquica como una "gestal" no acabada. En este capítulo los autores escriben en un apartado de las grabaciones del cuerpo, hablándonos de cómo nuestro cuerpo y memoria van recibiendo la información que condicionará su personalidad y conducta a lo largo de su vida. Los niños desde pequeños muestran una sensibilidad a estos mensajes recibidos que si han sido inadecuados, dan lugar a una serie de mensajes del cuerpo que se traduce en somatizaciones. Muchas veces, los padres, en lugar de escuchar estos mensajes, buscan "agentes externos" para solucionar estos síntomas.

Dan mucho que pensar las definiciones que sobre la enfermedad da J. Salome y S. Freud respectivamente:

- "Las enfermedades son los gritos del silencio."
- "El síntoma es el lenguaje que no ha podido ser escuchado."

Otra definición que me ha llamado la atención de este capítulo es la de cuidados relacionales, y me ha parecido muy importante que los profesionales de la salud estén preparados en este tipo de actitudes, habilidades etc.

Para terminar se define la crisis (otra definición de J. Salome que llama la atención), así como los conflictos personales, el duelo etc. Se exponen las etapas del proceso de duelo, que aunque distintas, guardan similitud en los comportamientos con las etapas propuestas por la doctora americana Kubler-Ross.

"Saber observar para mejor comunicar" Al igual que decía la famosa Florence Nightingale, los autores consideran que la observación es parte imprescindible del día a día de la enfermería. Este capítulo está dedicado íntegramente a este aspecto

y en él se deja claro la importancia de la observación, así como las características, objetivos, tipos etc. de la observación.

“El esquema de la comunicación” trata del tan conocido esquema emisor-mensaje-receptor. En él se analizan cada uno de ellos y se interrelacionan con información que respecto a cada uno debemos conocer como profesionales que debemos comunicar, las características que debe tener el emisor para poder comunicar bien, o las relaciones de codificación y descodificación del mensaje etc.

La empatía o capacidad de comprender o percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor es fundamental.⁴⁰

En la comunicación por ello los consejos que dan al como mejorar la empatía, se expresa la autenticidad, el respeto, las actitudes que adoptan para escuchar. Muchos de ellos son llevados a la práctica espontáneamente, pero otras cualidades deberían ser practicadas para así trasladarlos a nuestros procesos de comunicación.

“La comunicación no verbal” relata la importancia que tiene esta en el proceso de interrelación ¿Cuántas veces hemos juzgado a alguien simplemente por su apariencia? Los gestos, la mirada, el físico, todo en conjunto dan una información que condicionan la comunicación. Muchas veces la comunicación verbal y no verbal pueden contradecirse y esto es algo a lo que no se debe llegar en nuestra práctica como enfermeras. Los autores razonan la importancia de cada uno de los componentes de este aspecto de la comunicación y nos dan algunos consejos a seguir para así mejorar también este aspecto del lenguaje.

“La comunicación verbal”. Aparte de resumir lo ya expuesto, los autores relacionan la buena comunicación con la buena práctica enfermera. Se explican los

⁴⁰ Ibidem p.3

problemas que pueden dar lugar a una mala colaboración del paciente como la información inadecuada, insatisfacción del paciente etc. así como los resultados de esta mala comunicación.

La Relación de Ayuda.

La relación de ayuda es "aquella que tiene como objetivo ayudar a personas enfermos o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, ... es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, nos va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la ⁴¹ persona, de la familia o del grupo ... y va a favorecer nuestro crecimiento personal..."

En esta parte de libro se analizarán los requisitos, fases etc. que tiene esta relación de ayuda.

"Prerrequisitos a la relación de ayuda". En él se nos recuerda que la relación de ayuda no se da entre dos semejantes sino que se da entre dos personas que se encuentran en dos niveles y roles muy distintos. Los autores determinan 17 requisitos que debemos tener en cuenta en toda relación de ayuda como son la empatía, la autenticidad, la capacidad de escucha, el evitar la minimización o dramatización etc. Definir la relación de ayuda y se especifica cómo debe ser la relación de ayuda entre el profesional de enfermería y el paciente (concreta y puntual, favorecedora del crecimiento personal, eficaz) etc.. ⁴²

⁴¹ Ibidem p.4

⁴² Ibidem p. 5

También se establecen el objeto de la relación de ayuda, las funciones del enfermero durante la relación de ayuda (funciones que no parecen nada fáciles como por ejemplo la de ser el rol sustituto de un padre, amigo etc..) y los fines de la relación de ayuda., los autores repasan las características que debe tener toda entrevista basada en la relación de ayuda. No comentaré cuales son esas actitudes o pasos a seguir en cualquiera de estas entrevistas pues sería repetir algunas clases de la asignatura, pero debo comentar que son consejos muy interesantes para ponerlos en práctica, pero no es fácil hacerlo. Con el tiempo y la experiencia, todos los profesionales deberíamos aprender a realizar estas entrevistas basadas en la relación de ayuda correctamente.

“Las fases de la relación de ayuda” nos relata, cuales son las fases a seguir en este proceso; Teniendo en cuenta las fases de la relación de ayuda de H. Peplau los autores las remodelan. Éstas son explicadas una a una por los autores:

1. **Configuración del encuentro personal:** acogida y orientación. Esta fase se refiere a la recepción adecuada del paciente tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, así como el aspecto, expresión etc. que debe tener el profesional de la salud para mostrar una sensación de acogida al paciente. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad etc. que debe mostrar el enfermero. ⁴³
2. **Exposición clarificación e identificación del problema.** El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar al paciente a concretarse en su problema, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico etc. Los autores muestran ejemplos de conversaciones que nos

⁴³ Ibidem p. 6

pueden ayudar a guiar la entrevista. También en esta parte se analizan las actitudes tanto positivas como negativas que puede mostrar el paciente durante esta fase.

3. **Confrontación y reestructuración del problema.** En esta fase el enfermero debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concienciar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar etc.. También se explican las actitudes que tanto el enfermero como el paciente deben tener o evitar en esta fase.
4. **Iniciación del plan de acción:** decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.
5. **El fin de la relación o separación.** Para la mayoría de nosotros no es fácil decir adiós a una persona a la que debes haber tomado cariño después de una relación de ayuda. En este apartado se tratan las actitudes que debemos tener para consolidar la obra que hemos realizado mediante la autonomía del individuo.
6. **La evaluación.** La evaluación debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo ¿Se cumplieron los objetivos?.

“Importancia de trabajar con un modelo de enfermería para una ayuda eficaz” resalta la importancia de trabajar con un modelo de enfermería en la relación de ayuda ya que de esta manera el profesional lo hará de una manera reestructurada, abordando a la persona como un **ser holístico**, los autores no recomiendan ninguno en especial así que cada profesional deberá elegir el que más se adapte a sus necesidades.

Como dicen los autores en la conclusión, como comenté anteriormente y como se nos repitió en las clases de la asignatura, el buen resultado de este proceso

depende de la práctica del profesional. Los autores nos recomiendan el role-playing para conseguir estas habilidades (role-playing que formó parte de la evaluación de la asignatura). Con esta actividad y fomentando el resto de habilidades puede que algún día consigamos mantener una verdadera relación de ayuda basada en el respeto y en la empatía.

La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda.

Una interpretación crítica del principalismo, por José María Barrio Maestre Profesor Titular, Universidad Complutense de Madrid (España).⁴⁴

Las decisiones de enfermería clásicamente se pensaban determinadas por una concepción de la realidad procedente, no tanto del análisis cuantitativo como de una contemplación detenida y respetuosa de la naturaleza de las cosas. Hoy día, en cambio, las decisiones bioéticas aparecen determinadas por la idea del dominio del hombre sobre su cuerpo, sobre la reproducción, e incluso sobre la muerte. Por su parte, en las decisiones éticas en el campo de la Biomedicina juega un papel decisivo la cultura utilitarista del afán de logros inmediatos y de éxitos cuantificables y, por supuesto, el pluralismo moral característico de las sociedades democráticas.

La ética de enfermería se desenvuelve en la búsqueda personal del bien ético en los actos preventivos, de manera que el profesional pueda encontrarse a gusto con su conciencia, y tenga la percepción de que sus decisiones y actuaciones son acertadas, produciendo éstas el logro personal y profesional.

El hombre es una unidad que integra facetas ciertamente diversas, pero conectadas funcionalmente de manera que puede percibirse en todas ellas una identidad de sentido: lo que hago no es ajeno a lo que soy. Esta "unidad de vida"

⁴⁴ LA BIOÉTICA entre La Resolución de Conflictos y la Relación de Ayuda Internet p.-2 2004

hace posible que del tenor general de la conducta moral se deriven consecuencias que afectan al desempeño profesional.

El acto de enfermería se constituye, en la tradición occidental, con estas tres características: personal, dialógico y asimétrico.

- a) La relación entre enfermera y enfermo es la relación entre dos personas, concebidas como unidades sustanciales de cuerpo y espíritu;
- b) Es dialógica, en el sentido de que en ella se encuentran dos autoconciencias sin mediar ninguna tercera instancia (por ejemplo, el Estado, la administración sanitaria, la sociedad o la familia). Tales instancias, con sus correspondientes expectativas, han de ser tenidas en cuenta a la hora de valorar y ponderar las decisiones y actuaciones de enfermería, pero siempre de manera subordinada respecto a la relación misma enfermera-enfermo.
- c) Por último el acto de enfermería es asimétrico, en el sentido de benéfico. El acto de enfermería es un acto por sí mismo orientado a la conservación de la vida y a la mejora de las condiciones de ésta o, en su caso, a la paliación del dolor. En esa relación hay alguien que da y alguien que recibe, alguien que tiene una necesidad y alguien que puede satisfacerla o, al menos paliarla; hay una persona débil y una persona sana que ayuda a la débil. Para la enfermera, tal relación establece el deber de la protección, de la asistencia.

2.7 Relación de ayuda al alcohólico

La enfermería como profesión, requiere, además de sólidos conocimientos científicos y técnicos, establecer una relación interpersonal como fundamento para la práctica de su quehacer propio, pues se comprende la enfermería como una "relación de ayuda". De hecho, la enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada. La relación con el enfermo constituye el eje de los cuidados en el sentido de que es a la vez medio para conocer al enfermo y comprender su situación, al tiempo que por sí misma detenta un poder terapéutico. El vínculo interpersonal presupone la comprensión empática e implica la percepción del microcosmos de la persona cuidada en su realidad integral, para detectar sus necesidades de salud y responderlas con eficacia. El cuidado se orienta hacia la protección de la vida y al bienestar de las personas.⁴⁵

Para que la enfermera pueda responder verdaderamente a las necesidades de la sociedad y hacer aportes coherentes con sus raíces y sus orígenes, tanto la educación de enfermería como el sistema de prestación de servicios de salud deben basarse en valores humanos y preocuparse por el bienestar de los demás.

A fin de comprender la importancia que para enfermería tiene la relación interpersonal, se toma como punto de partida el postulado de Virginia Henderson, una pionera de la enfermería profesional en Estados Unidos. Ella definió la enfermería como:

"Una relación de ayuda orientada a la asistencia del individuo enfermo o sano en el cumplimiento de los actos que contribuyen al mantenimiento o al restablecimiento de la salud (o una muerte serena) y que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera fuerzas, voluntad y saber"

⁴⁵ HNA, Mercedes Zamuner Relaciones interpersonales en el ámbito del cuidado El rol distintivo de la Enfermería Argentina, Quinta Jornada de Bioética Nuevo Schoenstatt, 20003

La expresión "relación de ayuda supone una relación interpersonal entre la persona del que cuida y la persona cuidada.

- La relación que establece la enfermera con el usuario de los servicios de salud le permite

1. *Cumplir su objetivo esencial = la relación de ayuda*
2. *Detectar las necesidades de salud del usuario*
3. *Desarrollar la influencia terapéutica de la personalidad del cuidador entre el usuario.*⁴⁶

- La relación ayuda centra el interés de la enfermera en la persona que vive la dificultad o necesidad, o sea, el núcleo de la intervención es el propio paciente y no su problema. Esta relación supone determinadas premisas para que alcance su cometido. De parte de quien cuida requiere preocuparse por proveer el espacio vital para que la persona se experimente acogida con cordialidad, respetada en su originalidad, reconocida en su derecho de autonomía, y contenida en sus inquietudes.

- El respecto ante la dignidad de toda persona es el elemento que enaltece la estima personal y propicia un intercambio enriquecedor, por encima de las diferencias de opinión o de la aprobación o no de las conductas del usuario. No manejamos una enfermedad ni un número de cama o historia clínica, sino una persona con una historia personal.

- Reconocer la autonomía de la persona cuidada significa dar lugar a un rol activo en las decisiones referidas a su evolución y fortalecer su conciencia de

⁴⁶ *Ibidem* p. 2

tener control de la situación por más que deba confiarse al cuidado de otras personas.

- La contención de las inquietudes, se refieren a una amplia gama de situaciones que quien brinda el cuidado debe estar atenta para darles cause, bien sea respondiendo en una forma personal como derivándolas hacia las personas que puedan atender en forma idónea a estas inquietudes. Ejemplo, una inquietud referida a su información sobre su enfermedad puede llegar a responder el mismo. En cambio, una cuestión referida a un aspecto relativo a su situación de falta de vivienda debe ser derivada a una visitadora social.

1. La detección de las necesidades de salud del alcoholico

Para comprender este aspecto es necesario aclarar la característica del abordaje de la enfermería en la relación del usuario. Tiene en cuenta a la persona en su realidad integral, como un ser bio-psico-social-espiritual, inmerso en una cultura, en un tiempo, en una sociedad, que influye en la persona. De esta concepción se desprende el amplio abanico de necesidades del hombre que se competen a enfermería; necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Una buena detección de las necesidades de salud del usuario requiere mucha intuición, sensibilidad y captación afectiva. Este elemento dado primacía al género de enfermería, ya que la mujer, estructural y psicológicamente posee una tendencia natural hacia el cuidado de la vida humana ⁴⁷

⁴⁷ Ibidem p. 3

2. Influencia terapéutica de la enfermera

Para alcanzar este objetivo, la enfermera debe poseer una personalidad equilibrada, madura, auto-educadora, solidaria, como también claridad respecto al fin que se propone.

La influencia terapéutica en el usuario – enfermo, familia o comunidad- supone una relación interpersonal que sobre pasa al intercambio puramente funcional, necesario para la vida cotidiana al lado del enfermo. Esa relación enfermera-paciente le permite a éste último clarificar su propia realidad, sus emociones, sus conflictos, sus valores, sus límites y aspiraciones. Es un recurso que la enfermería pone al alcance del usuario de manera que éste pueda encontrar una satisfacción a sus necesidades de salud.

La influencia terapéutica, en el marco de la relación interpersonal tiene que ver con las siguientes características del contacto enfermera –paciente:

- Contacto más directo: en general la enfermera es profesional de la salud que pasa más tiempo junto al enfermo.
- Persona neutra: la confianza que se genera en la relación enfermera-paciente, facilita la expresión de conflictos que muchas veces permanecen reprimidos en el subconsciente y que de pronto, se encuentran una vía de salida para aliviar tensiones internas.

Dinámica del encuentro interpersonal en enfermería

El proceso por el cual la enfermera cumple su rol en la relación de ayuda que implica el cuidado se puede resumir en tres pasos:

- 1. Ser impactado**
- 2. Ser tocado**
- 3. Ser motivado⁴⁸**

Ser impactado – Al tener bajo responsabilidad el cuidado de una determinada persona, ésta ya no es una persona más con la cual la enfermera se pone en contacto, sino es aquella persona que requiere toda su dedicación para poder brindarle una ayuda eficaz. Es decir, el ser impactado se refiere a que la enfermera coloca en el centro de su preocupación la persona de este enfermo.

Ser tocado – A medida que la enfermera se introduce, mediante la comprensión empática, en el mundo del enfermo, experimenta un cambio, un cierto estremecimiento al compartir la realidad profunda del enfermo. No es imposible un cúmulo de información obtenida lo que provoca este estremecimiento, sino el respeto ante el misterio único de la persona manifestando en la compleja trama de su existencia y en sus peculiares necesidades de salud.

Ser Motivado – El sacar de la condición de indiferencia a la persona asignada al cuidado de la enfermera, al ser impactado por ella y luego experimentar un contacto muy cercano a la realidad del enfermo, ser tocado a sus necesidades mueve la acción, a ejecutar actos concretos mediante los cuales se da la respuesta a las cuestiones planteadas por el usuario.

Es posible resumir esta dinámica con la palabra *conmoverse*. *Conmoverse* viene del latín “*conmoveré*” que entre sus acepciones según la Real Academia Española, comprende.

⁴⁸ *Ibidem* pp.4-5

1. Inquietar, alterar, mover fuertemente o con eficacia;
2. Enternecer, mover a ternura por compasión u otro motivo

En la primera acepción podemos hallar el equivalente a los 3 pasos mencionados:

Inquietar	= ser impactado
Alterar	= ser tocado
Mover con eficacia	= ser motivado

Atención de enfermería se refiere a aplicar una serie de conocimientos, unidos a determinadas habilidades en la ejecución de prescripciones médicas y rutinas y técnicas propias de enfermería. El cuidado propio de la enfermera profesional es el que hace girar conocimientos, habilidades y técnicas en torno a la persona cuidada. La atención de enfermería es impersonal, técnica, distante. El cuidado de enfermería es personalizado, humano y humanizante.

Los aspectos distintivos de la enfermería en cuanto a la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, se identifican con: la esencia del cuidado de enfermería relación humano-humano; el bordaje holístico de la persona cuidada de la persona cuidada; la detección efectiva de las necesidades básicas del paciente y la influencia terapéutica ejercida a través de la personalidad del cuidador.

2.7. 1 Relación ayuda de enfermería

1º. Establecer comunicación y construir una relación de confianza.

La decisión de Obtener Ayuda.⁴⁹

Reconocer que se necesita ayuda con un problema de alcohol no es fácil.

Mostrar aceptación del paciente como persona.

Usar una forma de aceptación al paciente que implique calma y relajación.

⁴⁹ DUEÑAS Fuentes José R. " Cuidados de Enfermería de las Conductas Maniacas". Internet 2003

Evitar contraer compromisos que no puedan cumplirse en forma realista.

Asignar al paciente los mismos miembros del equipo terapéutico cuando sea posible (tener en cuenta la capacidad de alguno de los miembros del equipo terapéutico para trabajar con un paciente alcohólico durante periodos prolongados).

2º. Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación.

Disminuir los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible.

Tomar en cuenta todo lo que indique aumento de la inquietud o agitación eliminando estímulos del medio ambiente y quizá aislando al enfermo; puede ser beneficioso dar al paciente un sitio privado o un cuarto individual.

Limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulos que esto entraña.

Administrar medicamentos (tranquilizantes). Utilizar juiciosamente los medicamentos por razón necesaria, sobre todo antes que la conducta del enfermo quede fuera de control.

Proporcionar un ambiente consistente y estructurado. Dejar que el paciente sepa lo que se espera de él. Fijar los objetivos junto con el enfermo tan pronto sea posible.

Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio AA, los procedimientos que se seguirán, etc. No discutir con el enfermo.

Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. Buscar formas de aliviar el estrés o la tensión con el paciente tan pronto sea posible hacerlo.

Necesidades Físicas

1° .Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía.

Ayudar al paciente a planear actividades dentro de sus posibilidades de logro y ejecución. Recordar que el lapso con que el paciente cuenta para mantener la atención y la planeación deben ir de acuerdo.

Evitar las actividades que impliquen mucha competencia.⁵⁰

Evaluar en qué magnitud el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, e intentar limitar esto según lo que se observe.

2°. Favorecer el descanso y el sueño.

Dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el programa cotidiano del enfermo.

Observar de cerca al enfermo en busca de signos de fatiga. Observar y registrar sus patrones de sueño.

Disminuir los estímulos antes que el enfermo se retire (por ejemplo, las luces tenues, apagar la televisión, proporcionarle la posibilidad de un baño tibio).

Utilizar medidas de comodidad o medicamentos para que concilie el sueño si es necesario. Animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche (limitar la interacción con el enfermo en el turno nocturno) en lugar de hacerlo durante el día (dejar sólo una corta siesta durante el día).

⁵⁰ Ídem p.2

3°. Darle una Dieta Nutritiva.

Observar y registrar los patrones de alimentación del paciente, y la forma de ingesta de alimentos y líquidos. Puede ser necesario llevar un registro del ingreso y pérdidas, conteo de calorías y de la ingesta de proteínas.

El paciente puede necesitar una alimentación elevada en proteínas, alta en calorías con alimentos suplementarios.

Proporcionar medicamentos que el enfermo pueda ingerir si es que no puede permanecer sentado y comer (por ejemplo, alimentos licuados mezclados con leche, sandwiches, o alimentos que puedan ser tomados con los dedos).

Necesidades Básicas.

1°. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana.

Observar y llevar un registro del patrón de emuntorios (el estreñimiento es un problema frecuente).⁵¹

Ayudar al enfermo a satisfacer la mayor cantidad de necesidades personales que sea posible. Si necesita ayuda, ayudarlo en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropas.

Necesidades Emocionales

Proporcionar apoyo emocional.

Dar al paciente retroalimentación positiva cuando sea necesario.

Las tareas estructuradas que el paciente pueda cumplir en forma suficiente —a corto plazo, proyectos simples o responsabilidades, actividades ocupacionales o terapia recreativa.

⁵¹ Ibidem p. 3

Alentar al paciente a que exprese adecuadamente sus sentimientos respecto a los planes futuros de tratamiento o a la planeación del alta. Ayudarlo en todos los objetivos idealistas y en los planes que él proponga.

Proporcionar al paciente ya su familia los elementos suficientes de educación para el uso del tratamiento.

Promover el cumplimiento de los lineamientos terapéuticos.

Informar al paciente y a su familiar el tratamiento terapéutico: dosis, la necesidad de que se tome únicamente en la forma prescrita, el uso de tranquilizantes.

Puntos a tener en cuenta por parte de enfermería.

- Debilidad muscular
- Mareos
- Visión borrosa
- Disartria
- Temblor de las manos
- Dificultad para concentrarse
- Lentitud de los procesos mentales
- Confusión
- Tinnitus o zumbidos en los oídos

Debe alentarse al paciente a que busque la ayuda del médico o vaya de inmediato a un servicio de urgencias si sobrevienen estos signos de intoxicación:

- Falta de sensibilidad en la piel
- Movimiento de los globos oculares de un lado a otro
- Fasciculaciones musculares
- Inquietud
- Torsión o contracciones de brazos y piernas

- Pérdida de control vesical o intestinal
- Episodios de “desvanecimientos”, convulsiones o crisis convulsivas
- Estupor (que puede llegar a coma).

Concepto principal de enfermería de Henderson

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, de basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.⁵²

⁵² REYES B. Isidora Definición de Enfermería Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería pp. 8-12 internet 2004

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:⁵³

- ❖ Respirar normalmente.
- ❖ Comer y beber de forma adecuada.
- ❖ Evacuar los desechos corporales.
- ❖ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ❖ Dormir y descansar.
- ❖ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ❖ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ❖ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ❖ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ❖ Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ❖ Profesar su fe.
- ❖ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ❖ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Supuestos Principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

⁵³ Ibidem p. 7

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ❖ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.⁵⁴
- ❖ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ❖ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

⁵⁴ Ibidem p. 9

Conducta del alcohólico

La conducta humana del alcohólico, llamada también trastorno afectivo bipolar, se caracteriza por un antecedente de estados de ánimo "altos" y "bajos" con periodos de relativa normalidad y funcionamiento efectivo intercalados. El alcoholismo es una enfermedad progresiva que puede avanzar camuflada durante 10 o 15 años. Hay estudios que indican un fuerte componente hereditario de este padecimiento. Los padres del paciente a menudo tienen antecedentes de alcoholismo. Entre más temprano una persona empieza a beber gran cantidad de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante. El enfermo por lo general abusa del alcohol, a veces en un intento de automedicarse, o bien puede tener ambos problemas trastorno bipolar afectivo y alcoholismo— cada uno de los cuales necesita tratamiento.⁵⁵

Conductas de la persona alcohólica

- Hiperactividad, (quisquilloso y terco).
- Hace infeliz a su familia su forma de beber.
- Se inclina a evitar las responsabilidades.
- Descuida el bienestar de su familia.
- Disminuye sus ambiciones.
- Disminuye su eficiencia(concentración, lapsos cortos de atención).
- Sentimientos de culpa o inferioridad.
- Se siente invadido por temores irracionales.
- Fatiga
- Ingesta deficiente de nutrientes y líquidos
- Conducta hostil
- Amenaza de agresión a sí mismo y a los demás

⁵⁵ INFORMACIÓN mantenida por Pulsomed y patrocinado por sanitas " [Alcoholismo tratamiento](#)" 2003 internet

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Actuación de impulsos sexuales; conducta seductora e incitante

Fases para la relación ayuda

- El reconocimiento del problema.
- La desintoxicación.
- Programas de rehabilitación.
- Terapias de aversión / repugnancia.

Reconocimiento del problema⁵⁶

El tratamiento de las personas con una adicción al alcohol empieza por el reconocimiento del problema. El alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento. La mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento. Es difícil conocer los mecanismos de defensa que han permitido seguir bebiendo a la persona con dependencia del alcohol y se requiere un enfrentamiento con la familia y personas allegadas.

Se debe convencer a la persona cuando está sobria, y no cuando está bebida o con resaca. Una vez que ha reconocido el problema, la abstinencia del alcohol es el único tratamiento. Además se pueden dar programas de soporte, rehabilitación, seguimiento etc. También suele ser necesario el tratamiento de la familia, porque el alcoholismo crea víctimas entre la gente allegada.

⁵⁶ Idem p. 1

La desintoxicación

La desintoxicación es la segunda fase del tratamiento. El alcohol es escondido bajo control. Se establece una supervisión. Se recetan tranquilizantes y sedantes para aliviar y controlar los efectos de la abstinencia.

La desintoxicación puede durar de 5 a 7 días. Es necesario el examen médico de otros problemas. Son frecuentes los problemas del hígado y otros problemas en la sangre. Es muy importante seguir una dieta con suplementos vitamínicos. Pueden aparecer complicaciones asociadas a los síntomas físicos agudos, como depresión y otros problemas que deben ser tratados.

Programas de rehabilitación⁵⁷

Los programas de rehabilitación están para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, a mantenerse en la abstinencia de alcohol. Estos programas incluyen diversos consejos, soporte psicológico, cuidados de enfermería y cuidados médicos. La educación sobre la enfermedad del alcoholismo y sus efectos es parte de la terapia. Muchos de los profesionales involucrados en estos programas de rehabilitación tienen que seguir programas de reciclaje.

Terapias de aversión / repugnancia

También hay terapias de aversión / repugnancia en las que se utilizan drogas que interfieren en el metabolismo del alcohol (nalaxona) (disulfiram) y producen efectos muy desagradables, aún cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento. Esta terapia no se utiliza en mujeres embarazadas ni en personas con otras enfermedades. Este tipo de terapia debe ser utilizada con consejos de soporte y su efectividad varía en cada caso. Alcohólicos Anónimos es un grupo de ayuda en la reconversión de alcohólicos que ofrece ayuda emocional y afectiva, bajo un modelo de abstinencia, a la gente que

⁵⁷ Ídem p. 2

se está rehabilitando de la dependencia del alcohol. Hay más de un millón de socios en todo el mundo, y se encuentran pequeños grupos en pequeñas ciudades a lo largo de toda Europa.

La Motivación del Cambio

Hipótesis general de Rogers decía que el individuo descubrirá en sí mismo la capacidad e utilizar esta relación para su propio desarrollo. Intentaré explicar el significado que esta frase tiene para mí. La experiencia ha obligado a admitir gradualmente que el individuo posee en sí la capacidad y la tendencia -en algunos casos, latente- de avanzar en la dirección de su propia madurez.⁵⁸

En un ambiente psicológico adecuado, esta tendencia puede expresarse libremente, y deja de ser una potencialidad para convertirse en algo real. Esta tendencia se pone de manifiesto en la capacidad del individuo para comprender aquellos aspectos de su vida y de sí mismo que le provocan dolor o insatisfacción; tal comprensión se extiende más allá de su conocimiento consciente de sí mismo, para alcanzar aquellas experiencias que han quedado ocultas a causa de su naturaleza amenazadora. También se expresa en su tendencia a reorganizar su personalidad y su relación con la vida de acuerdo con patrones considerados más maduros. Cualquiera que sea el nombre que le asignemos -tendencia al crecimiento, impulso hacia la autorrealización o tendencia direccional progresiva- ella constituye el móvil de la vida y representa, en última instancia, el factor del que depende toda psicoterapia. No es sino el impulso que se manifiesta en toda vida orgánica y humana -de expansión, extensión, autonomía, desarrollo, maduración-, la tendencia a expresar y actualizar todas las capacidades del organismo o del sí mismo. Esta tendencia puede hallarse encubierta por múltiples defensas psicológicas sólidamente sedimentadas. Puede permanecer oculta bajo

⁵⁸ ROGER Carl "El Proceso de Convertirse en Persona" Ed. Paidós p1-4 Internet 2004

elaboradas fachadas que nieguen su existencia; sin embargo, opino que existe en todos los individuos y sólo espera las condiciones adecuadas para liberarse y expresarse.

El Proceso de Convertirse en Persona

Una Condición Básica

(...) Al desarrollar las consideraciones que siguen daré por sentado que el cliente experimenta la sensación de ser plenamente *recibido*. Quiero decir con esto que el cliente se siente *recibido* psicológicamente por el terapeuta por ser tal como es, cualesquiera que sean sus sentimientos (miedo, desesperación, inseguridad, ira), su modo de expresión (silencio, gestos, lágrimas o palabras) o lo que descubra que él es en ese momento. Este término *recibido* implica el concepto de ser comprendido empáticamente y ser aceptado. También corresponde señalar que lo que hace que la condición de ser recibido sea óptima es el hecho de que el cliente la experimente así y no su mera existencia en el terapeuta.⁵⁹

Por consiguiente, al referirme al proceso de cambio daré por supuesta en todo momento la existencia de una condición de recepción óptima.

Las siete etapas del proceso

Primera etapa

- Existe cierta reticencia a comunicar el sí mismo. La comunicación sólo se refiere a hechos externos.
- Los sentimientos y significados personales no se reconocen ni se admiten como propios.
- Los constructos personales son extremadamente rígidos.
- Las relaciones íntimas y comunicativas se consideran peligrosas.
- En esta etapa no se reconocen ni perciben los problemas.

⁵⁹ Ibidem p-5

- No hay deseos de cambiar.
- La comunicación interna sufre un intenso bloqueo.

Segunda etapa

- La expresión comienza a fluir en relación con problemas ajenos al sí mismo.
- Los problemas se perciben como externos al sí mismo.
- No hay sentido de la responsabilidad personal en relación con los problemas.
- Los sentimientos se describen como objetos que no pertenecen al sujeto o que corresponden al pasado.
- Pueden manifestarse sentimientos, pero no se los reconoce como tales ni como propios.
- La posibilidad de vivenciar está limitada por la estructura del pasado.
- Los constructos personales son rígidos y no se reconocen como tales sino que se consideran como hechos objetivos.
- La diferenciación de los significados y sentimientos personales es muy limitada y burda.
- Pueden expresarse contradicciones, pero son pocas las que se reconocen como tales.

Tercera etapa

- Las expresiones referentes al sí mismo como objeto fluyen con mayor libertad.
- Las experiencias relacionadas con el sí mismo también se expresan como si fueran objetos.
- El sí mismo también se expresa como un objeto reflejado, que existe principalmente en los demás.
- Con frecuencia se expresan o describen sentimientos o significados personales no pertenecientes al presente.

- La aceptación de los sentimientos es mínima. La mayor parte de ellos se revela como algo vergonzoso, malo, anormal o inaceptable por alguna otra razón.
- Los sentimientos se exhiben y luego a veces son reconocidos como tales.
- La experiencia se percibe como algo perteneciente al pasado o bien como algo totalmente ajeno al sí mismo.
- Los constructos personales son rígidos, pero pueden ser reconocidos como constructos y no como hechos externos.
- La diferenciación de sentimientos y significados es ligeramente más nítida y menos global que en las etapas anteriores.⁶⁰
- - Se reconocen las contradicciones de la experiencia.
- Las elecciones personales suelen considerarse ineficaces.

Cuarta etapa

- El cliente describe sentimientos más intensos, del tipo "presente-pero-no-ahora".
- Los sentimientos se describen como objetos del presente.
- En algunas oportunidades se expresan sentimientos en tiempo presente, que irrumpen casi en contra de los deseos del cliente.
- Hay una tendencia a experimentar los sentimientos en el presente inmediato; esta posibilidad va acompañada de desconfianza y temor.
- La aceptación franca de sentimientos es escasa, si bien se observa en alguna medida.
- La experimentación está menos "ligada a la estructura" del pasado, es menos remota y en ocasiones puede producirse con escasa distancia temporal.

⁶⁰ Ibidem pp.6-13

- La construcción de la experiencia adquiere mayor flexibilidad. Se descubren algunos constructos personales, se los reconoce con claridad como tales y se comienza a cuestionar su validez.
- La diferenciación de sentimientos, constructos y significados personales aumenta constantemente y existe cierta tendencia a procurar la exactitud en la simbolización.
- Se advierte la preocupación que inspiran las contradicciones e incongruencias entre la experiencia y el sí mismo.
- Existen sentimientos de responsabilidad propia en relación con los problemas, si bien son vacilantes.
- A pesar de que una relación íntima aún le parece peligrosa, el cliente se arriesga y se atreve a relacionarse en cierta medida a partir de sus sentimientos

Quinta etapa

- Los sentimientos se expresan libremente en tiempo presente.
- Está muy próxima la posibilidad de experimentar plenamente los sentimientos. Estos "surgen a borbotones", "se filtran", a pesar del temor y la desconfianza que al cliente le inspira la posibilidad de experimentarlos de manera plena e inmediata.
- Comienza a aparecer una tendencia a advertir que vivenciar un sentimiento implica un referente directo.
- Los sentimientos que "surgen a borbotones" suelen despertar sorpresa y temor y casi nunca placer.
- Los sentimientos del sí mismo se reconocen como propios cada vez en mayor medida, hay una necesidad de ser esos sentimientos, de ser el "yo verdadero".
- La experiencia adquiere mayor flexibilidad; ya no es algo remoto, y a menudo se produce con una demora mínima.

- La experiencia se construye de modos mucho menos rígidos. Se descubren nuevos constructos personales y se los examina y cuestiona críticamente.
- Existe una tendencia intensa y notoria a diferenciar con exactitud los sentimientos y significados.
- Las contradicciones e incongruencias de la experiencia son encaradas cada vez con mayor claridad.
- Aumenta la aceptación de la propia responsabilidad en los problemas que se encaran, y aumenta también la preocupación acerca de en qué medida el cliente ha contribuido a ellos. Los diálogos que se sostienen en el interior del sí mismo se van liberando, la comunicación interna se mejora y su bloqueo se reduce.

Sexta etapa

- Ahora el cliente puede experimentar como inmediatos los sentimientos que antes estaban "atascados", inhibidos en su cualidad de proceso.
- Estos sentimientos fluyen hasta sus últimas consecuencias.
- Un sentimiento del presente es experimentado directamente, de manera inmediata y rica.
- Se acepta esta cualidad inmediata de la experiencia y el sentimiento que la constituye. Ya no hay temor, necesidad de negarlo o luchar contra esto.
- El cliente vive subjetivamente en la experiencia, pero sin advertirlo.
- El sí mismo como objeto tiende a desaparecer.
- En esta etapa la experimentación adquiere verdaderas características de proceso.
- Otra característica de esta etapa es la relajación fisiológica que la acompaña.
- En esta etapa la comunicación interna es libre y relativamente exenta de bloqueos.

- La incongruencia entre la experiencia y la percepción se experimenta vívidamente a medida que se transforma en congruencia.
- En este momento de vivencia desaparece el constructo personal pertinente y el cliente se siente libre de su sistema anteriormente equilibrado.
- El momento de la vivencia plena se convierte en un referente claro y definido.
- La diferenciación de la vivencia es penetrante y clara.
- En esta etapa ya no hay más "problemas" externos ni internos.
- El cliente vive subjetivamente una fase de su problema, que ha dejado de ser un objeto.

Séptima etapa

- Los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata y rica en matices, tanto dentro como fuera de la relación terapéutica.
- La vivencia de estos sentimientos se utiliza como un referente claro.
- La aceptación de estos cambiantes sentimientos como propios aumenta y coexiste con una confianza básica en el proceso mismo.
- La vivencia ha perdido casi por completo sus aspectos limitados por la estructura y se convierte en vivencia de un proceso; esto significa que la situación se experimenta e interpreta como nueva, y no como algo pasado.
- Poco a poco el sí mismo se convierte simplemente en la conciencia subjetiva y reflexiva de la vivencia. El sí mismo se percibe cada vez menos como un objeto y, en cambio, se lo siente con mayor frecuencia como un proceso que inspira confianza.
- Los constructos personales se replantean provisionalmente, para ser luego validados mediante las experiencias ulteriores, pero aun en caso de serlo, se los plantea con mayor flexibilidad.

- La comunicación interna es clara: los sentimientos y símbolos se correlacionan de manera adecuada y hay términos nuevos para describir sentimientos nuevos.
- El cliente experimenta la elección efectiva de nuevas maneras de ser.

Confiabilidad básica en la Naturaleza Humana⁶¹

Es evidente que otra implicación del enfoque que he presentado es que la naturaleza del ser humano es constructiva y digna de confianza, cuando funciona libremente. Esta es para mí una conclusión ineludible, que surge de una experiencia de un cuarto de siglo con la psicoterapia. Cuando logramos liberar al individuo de sus actitudes defensivas y lo ayudamos a abrirse a la amplia gama de sus propias necesidades, así como también a las diversas necesidades ambientales y sociales, podemos confiar en que sus reacciones serán positivas, progresistas y constructivas. No es necesario preguntarse quién lo socializó, ya que una de sus necesidades más profundas es precisamente la de asociarse y comunicarse con los demás. A medida que se convierta en sí mismo, su socialización adquirirá visos más realistas. Tampoco es necesario preguntarse quién controlará sus impulsos agresivos; en cuanto se abra a todos ellos, su necesidad de sentirse apreciado por los demás y su tendencia a brindar afecto serán tan intensas como sus impulsos de agresión o de apoderarse de las cosas para sí. Será agresivo en las situaciones que así lo requieran, pero no empleará esta actitud como válvula de escape. A medida que progrese su apertura hacia la experiencia, su conducta total en ésta y otras esferas será más equilibrada y realista, más apropiada para la supervivencia y e progreso de un animal altamente social.

⁶¹ *Ibidem* p. 20

2.8 El alcoholismo

El alcoholismo es la dependencia al alcohol que adquiere aspectos psicológicos y fisiológicos entrelazados.⁶²

El alcoholismo lo podemos dividir en diversos modelos según cada uno.

Modelo Médico

"Dice que el principio del abuso del alcohol se debe a trastornos del organismo que puede ser de origen genético, endocrinólogo, cerebral o neurobroquímico, que de acuerdo con este modelo da un comportamiento de síntomas clínicos que permiten predecir la conducta del alcohólico y que al igual que cualquiera otra enfermedad; etiología, fisiopatología, historia natural, cuadro clínico diagnóstico, pronóstico y tratamiento."

Modelo moral

Este lo considera como una droga perjudicial e indispensable y dice que el que lo tomó es un infractor de las normas morales, una persona peligrosa para la sociedad y un vicioso, quien merece ser humillado y castigado.

Moderada

Acepta su uso sin ser excesivo.

Radical

Condena el uso de el alcohol aun siendo moderado, diversas religiones predicán este modelo, musulmanes, mormones etc.

⁶² VELAZCO Fernández, Rafael. "Alcoholismo". México Ed. Trillas. 1988 pp. 42-46

Los grupos de apoyo, en este caso AA. apoyan el modelo médico y conservan mucho del modelo moral.

Modelo psicológico.

Este plantea que no es una enfermedad sino un síntoma que denota la persona de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad. Lo define también como un problema individual aunque no incluye la influencia de factores sociales.

Es el desarrollo de perturbaciones y carencias emocionales durante la infancia.

2.9 Fases de la Enfermedad Alcohólica.

Comportamientos típicos del alcohólico.

Vamos a ver cuál es la trayectoria del alcohólico desde que comienza a beber hasta que alcanza la fase crónica de su enfermedad, que puede acabar con la muerte.⁶³

Fase inicial-fase pre-alcohólica.

Cuando el individuo se inicia en la ingestión de alcohol no sabe, ni el mismo, que será alcohólico.

- a) Bebe en exceso con frecuencia, aunque no necesariamente hasta la embriaguez. (Esto continúa a través de todas las etapas).
- b) Siente un inusitado interés de satisfacción por las bebidas alcohólicas.
- c) Aumenta al número de ocasiones en que bebe.

⁶³ JELLINEK. "Nueva versión de la tabla de la Alcohología manía" Folleto AA. México pp. 4-5

- d) Bebe mayores cantidades en cada ocasión.
- e) Bebe copas a hurtadillas.
- f) Tiene lagunas mentales. (No tiene una pérdida del conocimiento sino una pérdida temporal de la memoria. No puede recordar lo sucedido en una situación dada.
- g) Bebe de un golpe las primeras copas.
- h) Tiene sentimientos de culpa por su forma de beber.
- i) Evade tener toda conversación sobre el alcohol.
- j) Reacciona defensivamente cuando se menciona el alcohol.
- k) Aumenta la frecuencia de las lagunas mentales cuando bebe (esta es una señal inequívoca de un alcohólico incipiente).

Fase prodrómica.

Esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera alcohólica.

a).- Palimpsestos alcohólicos: Esta expresión viene de "palimpsestos", antiguos escritos romanos un tanto borrosos; (porque conserva vestigios de una escritura anterior) con ella queremos establecer una relación con la mente del alcohólico, quien después de una borrachera no puede reconstruir exactamente que es lo que ha sucedido, apareciendo "lagunas mentales" imposibles de reconstruir.⁶⁴

b).- El consumo subreptico: El alcohólico trata de ocultar al principio de su carrera ante las demás personas que el bebe más de lo normal; pero ante el irresistible deseo de beber tiene que hacerlo a escondidas cuando va a alguna fiesta, reunión social etc. etc. Se da cuenta el alcohólico que si bebiera descaradamente, las otras personas no lo comprenderían porque el se siente diferente a los otros debido a que el alcohol empieza a serle un artículo de primera necesidad. en su fuero interno

⁶⁴ Ibidem p. 5

sabe que todavía no es "borracho descarado" pero se alarma de la demanda alcohólica que le hace su organismo.

c).- La preocupación por el alcohol: Se preocupa por la fiesta a la que está invitado dentro de quince días piensa en lo alegre que estará, rodeado de sus amigos ingiriendo licor. Se preocupa del próximo bautizo de su hijo y que probablemente no tenga suficiente dinero para comprar grandes cantidades de licor y celebrarlo "dignamente"; se preocupa que en la fiesta de esta noche se entere de que no iba a alcanzar el licor y se previene tomando unas copas antes... y así por el estilo podríamos multiplicar los ejemplos de este otro síntoma.

d).- El consumo ávido: La sed por el alcohol va aumentando y se hace imperativo tomar de un solo trago la primera copa servida corrientemente pide un "strike", o trago puro al principio conviniendo que sea de regulares dimensiones para que despierte el calor físico y el termómetro emocional de la alegría también se siente estimulado. Después de este consumo ávido puede disminuir el tamaño de los "tragos", pero se mantiene con el deseo de ingerir más.⁶⁵

e).- Sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor. Se comienza a dar cuenta vagamente de que bebe más de lo común y que su vida moral ante sus propios ojos está bajando de valor; observa los primeros desarreglos del hogar y el resultado problemático de las primeras faltas cometidas, todo ello ahonda en su psiquismo y empieza a sentirse culpable; con pena y molestia interna. Todos estos estados los ahoga con alcohol.

f).- Evita toda referencia al alcohol: No le parece que le llamen "alcohólico", "borracho", etc., por que lo toma como insulto. Si los familiares o amigos en sus

⁶⁵ Ibidem p.6

pláticas cotidianas se refieren a la conducta desordenada de los alcohólicos en general, prefiere no oír esas conversaciones porque piensa que lo hacen por referirse a él de una manera indirecta. Si se le ataca directamente responde en forma evasiva que él no tiene problemas con la bebida y que se comporta como cualquier "bebedor social", con la única finalidad de disfrutar un momento de alegría

g).- Frecuencia de los palimpsestos alcohólicos: Ya al final de la fase pródrómica se advierte una frecuencia mayor de estas "Lagunas mentales" que hemos llamado "palimpsestos", pues el alcohol empieza a deteriorar de manera apreciable el sistema nervioso. La manera de beber es fuerte pero todavía no es alarmante, el alcohólico disimula bien su afición y la encubre hasta donde le es posible.

"En la fase prodrómica la compulsión aún no se ha desarrollado mucho, y es factible que el enfermo pueda ser encausado a través de una campaña preventiva contra el alcoholismo."

Fase crucial o crítica del alcoholismo

En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente dicha en la cual una vez cae el alcohólico sigue su curso hasta llegar a su destrucción.⁶⁶

- a) Con frecuencia bebe excesivamente.
- b) Aumenta las cantidades que se consumen.
- c) Pérdida del control después de algunas copas.
- d) Conducta extravagante y ostentosa.
- e) Reproches de familiares y amigos.
- f) Causa infelicidad en su vida familiar
- g) Racionaliza su forma de excesiva de beber (excusas mentiras).

⁶⁶ GONZÁLEZ García Jorge. *¿ Me Casé con un alcohólico? Como Saberlo y que Hacer México*. ed. Concepto 1988 p. 39-42

- h) Conduce vehículos en estado de ebriedad
- i) Humilla al cónyuge en presencia de otras personas.
- j) Olvido de la práctica religiosa.
- k) Se siente más eficiente después de una o dos copas.
- l) Bebe a solas.
- m) Pierde el tiempo en el trabajo por su forma de beber.
- n) Tiene dificultades económicas por su forma de beber.
- o) Disminuye el campo de sus intereses.
- p) Pierde la ambición.
- q) Protege su abastecimiento y esconde las botellas.
- r) Necesita una copa en la mañana, para tolerar los efectos del consumo del día anterior.
- s) Se afecta su reputación.
- t) Toma cualquier tipo de bebidas alcohólicas.
- u) Descuida el bienestar de su familia
- v) El deterioro moral es evidente.
- w) Cambia estilos de beber.
- x) Deja de beber por motivo significativo.
- y) Intenta dejar de beber haciendo algunas promesas.
- z) Comete actos antisociales.
- aa)** Se aleja más de su religión.

Fase crónica del alcoholismo.

“Con la bebida regular matutina va adquiriendo la necesidad cada vez más ingente del alcohol para cambiar sus tensiones emocionales y va necesitando constantemente su auxilio como droga, el “habito-necesidad”, se vuelve constante y

estamos ya en la fase crónica, o sea la bebedera continua sin poder interrumpir aquella carrera por su propia inercia.⁶⁷

- a) Tiene poco o ningún control.
- b) Se emborracha con menos cantidades de alcohol
- c) Sufre de remordimientos persistentes.
- d) Bebe cualquier clase de alcohol
- e) Sufre de un deterioro moral progresaba.
- f) Pierde la fe.
- g) Sus borracheras son impredecibles.
- h) Estremecimientos persistentes.
- i) Disminuye su potencia sexual
- j) Tiene temores vagos e indefinidos.
- k) Padece de resentimientos irracionales.
- l) Padece de delirium tremes.
- m) Tiene calambres convulsiones.
- n) Sufre de alucinaciones
- o) Hace intentos de suicidio.

Síntomas Iniciales

Alcoholismo incipiente.

El sujeto es un consumidor regular de bebidas alcohólicas se hace la promesa a si mismo y a los demás "la próxima vez me controlare mejor", "conozco bien mis límites y nunca me propaso."⁶⁸

⁶⁷ Ibidem p. 40

⁶⁸ Ibidem p. 41- 42

Sus hábitos de congestión no están muy afectados, puede verse ya una tendencia a dejar más sitio a la bebida durante las comidas, a tratar de mejorar el apetito con licores especiales, a prolongar mucho el tiempo de la congestión de alimentos.

Síntomas intermedios.

Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves pues el bebedor excesivo tiene que ocultar el hecho de que él bebe en una forma diferente. Evitarse problemas en el trabajo, no exponerse a críticas, prevenir escenas en el hogar. Se distingue por beber más y más rápidamente que sus amigos. Con frecuencia es irritable, cansado o deprimido y necesita un trago para sentirse mejor. El sujeto empieza a beber en horas que antes eran respetadas. Un dato importante es su irritabilidad es intensificada durante los cortos períodos de abstinencia.

Síntomas Tardíos.

Alcoholismo avanzado.

Ahora el alcohólico bebe para vivir y vive para beber, come muy poco y sin orden y permanece en un estado de ebriedad después en momentos inadecuados. Los olvidos de lo ocurrido durante el estado de la embriaguez aumentan las lagunas mentales de la borrachera. Está es la etapa en la que se pierde el trabajo y cae en la repetición de los fracasos laborales descendiendo irreversiblemente en la escala social y en la calidad del empleo. Como la adicción es grave ha de conseguir dinero recurriendo a cualquier medida por lo que se tienen problemas con la justicia. El alcohólico parece indiferente ante el sufrimiento de los suyos.

La intervención médica especializada o por ayuda recibida por otras instituciones sociales, se inicia después de un cambio de ingreso.

2.10 CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHÓLICO

Síntomas Físicos.

Es un padecimiento evolutivo.

Los alcohólicos pierden poco a poco el control de la cantidad, cómo, cuándo, dónde y que consumen.⁶⁹

- Deseo con vehemencia de beber todos los días a determinada hora.
- Cuando no esta bebiendo se siente bajo tensión gran parte del tiempo.
- Dificultades para comer o dormir.
- Estremecimientos, nerviosismo exagerado ó náuseas un día después de haber bebido.
- A la mañana siguiente de haberse emborrachado necesita beber, le es imposible acudir a su trabajo por haber bebido el día anterior.
- Pierde tiempo que debería dedicar a su trabajo por beber.
- Ha sido tratado por un médico por su forma de beber.
- Ha estado en algún hospital o clínico psiquiátrico debido a su forma de beber.
- Ha tenido convulsiones alcohólicas.
- Ha tenido delirium tremes

Síntomas mentales.

- Ha tenido lagunas mentales
- Bebe para escapar de las preocupaciones o problemas.
- Llega a sentir remordimientos después de beber.
- Se siente invadido a veces por temores irracionales.
- Tiene sentimientos de culpa o inferioridad.
- Es exageradamente sensible a las opiniones de las demás personas, especialmente en lo que se refiere a su vida personal.

⁶⁹ GONZÁLEZ García Jorge. Op. Cit. p. 25, 43-44

- Bebe porque es tímido con las demás personas.
- Siente a veces que hay gente observándolo, siguiéndolo o hablando con él.
- Prefiere beber solo.

Síntomas conductuales⁷⁰

- Se ha vuelto quisquilloso y terco.
- Hace infeliz a su familia su forma de beber.
- Descuida el bienestar de su familia.
- Se inclina a evitar las responsabilidades.
- Desde que bebe han disminuido sus ambiciones.
- Desde que bebe ha disminuido su eficiencia.

Diagnóstico Temprano de dependencia del alcohol.

"Algunas características del huésped y el medio ambiente que predispone el síndrome de dependencia del alcohol son las siguientes: es la respuesta de las personas ante las bebidas alcohólicas (quizá determinada fisiológicamente) es de intenso alivio y relajación. No saben enfrentar los estados depresivos, la angustia y la frustración. Algunas culturas provocan culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor. Con riesgos neuróticos y con una enorme incapacidad para establecer relaciones interpersonales. Son personas sexual y emocionalmente inmaduras y con tendencias a aislarse. Son personas que tuvieron privaciones afectivas durante la infancia, no están conformes con su sociedad o se desenvuelven en sociedades que provocan retenciones internas agudas como la agresividad y la culpabilidad.

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial.

⁷⁰ Ibidem p.43 - 44

2.11 Factores predisponentes Psicológicos

Individuos dependientes, con sentimientos de inferioridad incapaces de enfrentarse a la angustia y a la frustración inherente a la vida; con un estado perpetuo de inseguridad y un impulso autodestructivo.

Creer que el alcohol disminuye la angustia y alivia la tensión, pero eso sucede temporalmente ya que, al término de la intoxicación, los síntomas regresan acompañados del sentimiento de culpa generado por la ingesta de alcohol; esto inicia el ciclo de la adicción.⁷¹

Shoben y Skinner lo explican en estos términos "la disminución de la ansiedad es el método por el cual actúan los principios del refuerzo del alcoholismo".

Ya que la disminución de la ansiedad es rápida en contraste con lo que ocurre en otras pautas de conducta, beber se convierte en algo prominente aunque mas tarde la ingesta de alcohol ya no sea una respuesta adecuada y si una fuente de angustia con la cual se complete el circulo vicioso angustia-ingesta de alcohol-angustia.

Sociales

En nuestro país es un signo de "hombría" la ingesta de bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez.

La angustia e inseguridad social por la que atraviesa la gran mayoría de las Personas, tanto como en las ciudades es otro factor que facilita el alcoholismo.

La fácil disponibilidad, una legislación inadecuada o mal empleada en lo que se refiere a la fabricación distribución, venta y propaganda de bebidas alcohólicas, así como la falta de aplicación de sanciones a los infractores que expenden las bebidas después del horario reglamentario son otros de los factores involucrados.

⁷¹ ISSSTE, "Compendio de la Educación para la Salud al Magisterio". México, 1995 pp. 458,459-463.

2.12 ¿Porque el Alcoholismo es un Problema Social?

En la actualidad la tercera parte de los miembros de Alcohólicos Anónimos son mujeres, que representan 28% del total de los asociados.⁷²

En el último decenio el índice del alcoholismo en la mujer ha superado al del hombre. En un estudio realizado en los estudiantes a nivel profesional el índice para el sexo masculino es de 3% y para el sexo femenino es el de 12%; ese problema en la mujer es menos notorio porque se oculta para beber ya que la imagen de una mujer ebria va contra las normas convencionales del "comportamiento de una dama". Sin embargo, este tipo de presiones sociales no evitan la adicción y si dificultan que la enferma admita su problema y busque ayuda.

Con frecuencia la mujer bebe a escondidas con la creencia de que por este medio escapa de la rutina, mejora su auto imagen o aumenta la confianza en si misma, un ama de casa tiene la mayor oportunidad de beber porque se queda sola.

Se carece de estadísticas validas sobre la frecuencia del alcoholismo oculto, sin embargo, algunas cifras basadas en mortalidad por cirrosis hepática apoyarían a esta situación anecdótica.

Se han hecho intentos para definir la personalidad de una alcohólica, y en algunos estudios se demuestra que tiene menor autoestima y mayor angustia que la no alcohólica, y presenta otras características de personalidad semejantes al resto de hombres y mujeres que comparten ideas parecidas sobre la función de la mujer en la sociedad actual.

⁷² Ibidem p.459

En un estudio en mujeres alcohólicas se encontró que el 90% eran casadas, 78% tenía hijos, la edad en que percibieron el problema fue de 33 años, etapa en que la mujer esta concibiendo y criando a sus hijo.⁷³

Si se compara la edad con el hombre, se observa que en estos se presenta 10 años antes que en la mujer. Algunas investigaciones acerca de las actitudes maternas revelaron que las alcohólicas son menos receptivas, son mas sobre protectoras y tienen actitudes contradictorias pues maltratan a sus hijos y a su vez estos tienen problemas en la escuela y con compañeros debido a su alteración emocional. Los cónyuges alcohólicos en general reciben menor comprensión y compasión con los cónyuges alcohólicos.

Por lo general la mujer ingiere menor cantidad de alcohol que el hombre, pero los efectos son mas rápidos. En otros estudios, en población abierta, se señala que el grupo de mas alto riesgo es el de mujeres jóvenes, solteras, sin religión y que trabajan.

La soledad es un factor que se menciona en los estudios de la mujer alcohólica.

2.13 ¿Por que bebe el mexicano?

Aspectos Sociales.

Para festejar: santos, cumpleaños, bodas, bautizos, eventos deportivos, fiestas patrias, Navidad, días de pago o viernes sociales; por invitación a los amigos para halagarlos o para demostrar que se es muy hombre ante quienes lo retan.⁷⁴

⁷³ Ibidem p. 460

⁷⁴ Ibidem pp. 61-62

Aspectos emocionales

- Por problemas de personalidad.
- Angustia-ansiedad.
- Timidez-inseguridad.
- Dificultad para establecer comunicación.
- Estados depresivos.
- Inmadurez emocional y social.
- Inadaptabilidad al medio ambiente.
- Complejo de inferioridad.
- Preocupaciones.
- Decepciones laborales, amorosas, familiares.
- Pérdida de un ser querido.
- Por divorcio.
- Pérdida de la autoestima.
- Relaciones inestables con amigos o familiares.
- Resistencia a las tentaciones.

Aspectos familiares

- Desorganización familiar.
- Incomprensión de los padres.
- Deficiente relación con el cónyuge.
- Problemas económicos.

"Por último, debemos considerar las situaciones sociales que propician el alcoholismo, en primer lugar, se encuentra el desconocimiento de las repercusiones que el consumo de alcohol tiene la incomprensión hacia el paciente alcohólico, la desconfianza y la falta de oportunidades de ocupación de los jóvenes, en segundo lugar tenemos las grandes tensiones que produce la vida moderna, en tercer lugar,

esta la penetrante propaganda de las compañías que se dedican a la producción de bebidas alcohólicas que presentan sus productos como solución a todos los problemas y además incitan a los individuos a sentir que adquieren importancia en el medio en que se desenvuelven.

2.14 Técnicas de recuperación e integración de los alcohólicos al grupo AA.

Cura, lo que quiere decir que mediante el uso de sustancias curativas, métodos de terapia de todo tipo, a los que no siempre se pueden calificar de *médicos* se logra la desaparición de toda la sintomatología; y rehabilita en el sentido de que contrarresta las secuelas de un padecimiento para devolver al individuo su estado de salud, previo al período de enfermedad.

Cualquier esfuerzo por ayudar a que una persona enfrente su problema de exceso de beber, sin tener en cuenta a los que lo rodean, seguramente fracasara, por que la familia, los amigos y los compañeros de trabajo, son factores esenciales para el apoyo y la comprensión que debe proporcionarse al enfermo alcohólico.⁷⁵

En cuanto al profesional que directamente se encargué del tratamiento (el médico psiquiatra, clínico, o quien quiera que suministre psicoterapia), tendrá en cuenta las necesidades del paciente y la totalidad de su circunstancia vital. No es difícil comprender la importancia que tiene el conocimiento de la situación personal del alcohólico ante tales necesidades humanas. Si por el contrario, recordamos la complejidad de la etiología y estructuramos planes terapéuticos acordes con la situación personal de cada sujeto alcohólico es necesaria una intervención a tiempo, a fin de llevar a cabo ciertas medidas correctivas urgentes para el sufrimiento físico y psíquico.

⁷⁵ VELAZCO Fernández Rafael. " Esa Enfermedad llamada Alcohólico". México, Ed Trillas 1988 pp.81-87

"Sobre todo las etapas iniciales del tratamiento, cuando lo más necesario es una ayuda dirigida a los problemas ligados a la vida cotidiana, de tal manera que refuerce sus intentos de enfrentarlos según su propia perspectiva. Sólo deben ser suministrados los medicamentos por el médico, quien podrá prescribir tranquilizantes, antidepresivos, preparados vitamínicos." La automedicación es definitivamente peligrosa, pues muchas sustancias medicinales están contraindicadas cuando se ingiere alcohol, y nunca se tiene la seguridad de que el sujeto beberá durante el tratamiento.

2.15 Reglas para ingresar al grupo.

"Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema en común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA. es el deseo de dejar la bebida".

Para ser miembro de AA. no se pagan derechos ni cuotas se mantienen con sus propias contribuciones. AA. no esta afiliada a ninguna secta, religión, partido político, u organización alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Su fin primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.⁷⁶

⁷⁶ BILL. W. " Un punto de vista sobre alcohólicos anónimos" Folleto Central Mexicana de Servicios Generales. AA 2000 p. 3

LAS DOCE TRADICIONES DE AA

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de AA.
2. Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A..A es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.⁷⁷
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aun esta sufriendo.
6. Un grupo de AA. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial
7. Todo Grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros Centros de Servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. AA como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas publicas.
11. Nuestra política de relaciones publicas se basa mas bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.

⁷⁷ LITHO Focet Vjaar, Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica. Folleto SA. De CV. p. 32 2001

12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

2.16 Grupos de apoyo a los alcohólicos

Alcohólicos anónimos

Alcohólicos Anónimos es una institución no lucrativa, que se integra con individuos alcohólicos que tienen el propósito común de ayudarse a si mismos y a toda persona que sufra de alcoholismo. Cuando los primeros grupos de A. A. empezaron a actuar, se basaron en algunas premisas que con el tiempo han variado muy poco. Eran básicos estos puntos:⁷⁸

- a).- Cada grupo debe mantenerse autónomo.
- b).- No se acepta ninguna clase de contribución ajena al grupo.
- c).- AA no opina como organismo sobre cuestiones diferentes a su única finalidad.
- d).- El anonimato es el fundamento espiritual de toda la tradición de AA
- e).- Solo un alcohólico puede comprender a otro alcohólico

"Actualmente AA es una institución más abierta e incluso el anonimato ya no es un asunto esencial, sobre todo en los grupos que lo operan en los poblados pequeños. El alcohólico que ingresa al grupo efectúa un cambio notable en su existencia y por lo general adquiere un sentido de responsabilidad ante los otros compañeros y ante su familia y a su sociedad. Es probable que el curso del tratamiento aún suponiendo que fuera el más adecuado, tenga recaídas. No debemos creer que necesariamente a fracasado". A veces una recaída es útil para convencerse de que realmente no puede volver a beber alcohol, si desea honestamente su curación".

⁷⁸ "Información para el recién llegado" Folleto Editado por AL- ANON Y ALATEEN. México. 2000 .p.2

AI-ANON

En los grupos AL-ANON se trata de enseñar a las personas a convivir con una persona alcohólica y ayudarla a su tratamiento.

En AL-ANON se aprende que los individuos no son responsables de la enfermedad ni de la recuperación de otras personas.

AL-ANON es una organización mundial no religiosa que ofrece un programa de ayuda para familiares y amigos de personas alcohólicas ya sea o no, que el alcohólico busque ayuda y reconozca o no la existencia del problema.

Los miembros dan y reciben consuelo y comprensión por medio del intercambio de experiencias, fortaleza y esperanza. El comportamiento de experiencias similares une a los individuos y grupos con un lazo protegido por una política de anonimato.

Nosotros queremos creer que el mejor remedio contra el alcoholismo reside en el enfermo y la decisión de buscar ayuda y recuperarse enteramente del alcoholismo.

"También es importante buscar la prevención desde el seno familiar, estar al pendiente de las actitudes de los integrantes y a cualquier señal de alarma buscar una solución inmediata."

Los Doce Pasos de AA.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.⁷⁹
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

⁷⁹ Ibidem p-33

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando él hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y de la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos

2.17 Relación alcohólico familia

Aspectos Relacionados con la familia:

Diversos autores han señalado a la familia como un elemento primordial entre los factores sociales y culturales que intervienen en el desarrollo del alcoholismo. Los enfoques empleados en su estudio diván, desde la presencia de un alcohólico entre los miembros del núcleo familiar, hasta los factores vinculados con la situación de la pobreza y hacinamiento.

Cuando se habla del alcoholismo como problema de la familia en muchas ocasiones se hace referencia al hecho de que este problema se encuentra presente entre los

descendientes o ascendentes del alcohólico. Situación que llevo a ser pensar algunos investigadores en la posibilidad de un elemento hereditario de predisposición. Sin embargo, y sin descartar del todo esta posibilidad, investigaciones mas recientes han llegado a pensar que no se trata de una herencia genética como tal, sino de la influencia del medio ambiente familiar deteriorado, y de la actitud del padre y de la madre del sujeto, quienes desempeñan un papel importante.⁸⁰

Aspectos tales como la desintegración familiar el divorcio, los ingresos, el hacinamiento, la pobreza, la desorientación y otros, frecuentemente son empleados instrumentos únicos en la explicación del alcoholismo, y pueden ser enfocados todos ellos desde el punto de vista del proceso de formación de la personalidad.

En términos muy generales y en su sentido técnico más ampliamente difundiendo la personalidad se refiere a aquellas disposiciones del individuo que ayudan a determinar su conducta y que difieren de una persona a otra por tanto, no se refiere a la conducta observable en si, sino en las disposiciones que subyacen en la conducta

Los teóricos difieren acerca de cuales son los elementos de la personalidad, como están organizados, cuales son los límites y como interactúa esta con otros fenómenos. En la psicología contemporánea se han ofrecido muchas y diversas propuestas para el análisis de la personalidad, puesto que sus elementos son conceptos que han sido desarrollados en un esfuerzo por comprender una estructura compleja, en la que existen muchos niveles de organización. Sin analizar aquí los diferentes enfoques empleados para definir la personalidad (Tesis Sicoanalíticas, behavioristas, dinámico-organísticas, etc.).

Podríamos decir que, en general, se esta de acuerdo en señalar que una personalidad, considerada constitucional y operativamente, como una totalidad

⁸⁰ MOLINA, Piñero Valentin "El alcoholismo en México". México 1983 p.p.249-251

temporal que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es la historia de los productos acumulativos de dos procesos fundamentales: el genético y el experimental. Este último que es el que en este momento nos interesa se encuentra determinado por la sucesión y recurrencia de diversos enfrentamientos concretos con el medio ambiente las experiencias tenidas determinaran, en gran medida, las conductas posteriores del individuo, por lo que el medio ambiente contribuye al desarrollo de la personalidad.

La familia constituye el primer elemento con que el individuo debe enfrentarse, y esta misma entidad es la que proporciona al niño los primeros elementos del aprendizaje. El proceso por medio del cual, el individuo aprende los valores, normas, costumbres, etc., es denominado -de manera general- "socialización"; sin embargo, los antropólogos distinguen una primera etapa de socialización dentro de la familia - la endoculturación - y un momento posterior, en el que la sociedad en su conjunto la que provee el aprendizaje- la socialización propiamente dicha.⁸¹

Así pues, todas las experiencias individuales (provengan de la familia o del exterior) constituyen el proceso experimental del desarrollo de la personalidad. Si las experiencias son negativas, la probabilidad de desarrollar desordenes en la conducta será mayor.

En el caso concreto del alcoholismo, tanto el padre como la madre desempeñan una función primordial; si uno de ellos sufre este padecimiento, existe una mayor probabilidad de que el sujeto se convierta en alcohólico.

Sin embargo, no es la presencia de un alcohólico en la familia el único elemento que hay que tomar en consideración.

⁸¹ *Ibidem* pp-50-51

Experiencias negativas en la vida de un individuo (como el divorcio de los padres, la desintegración familiar, la pobreza, el hacinamiento, etc.), contribuyen a producir desorientación e insatisfacción y la búsqueda de satisfactores como el alcohol y otros fármacos. De ahí que frecuentemente se mencione que el alcoholismo es menor entre los grupos sociales en donde " los padres son ejemplo de consumidores moderados..., los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, etc..."

De acuerdo con esto, el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural).

"Entre los problemas concernientes al individuo se incluye el desarrollo del alcoholismo y muchos problemas adicionales de tipo físico, mental y social, que no necesariamente se relacionan con la dependencia."

Respecto de las posibles repercusiones del alcoholismo en la familia, hay que tener presente que posiblemente existen otras causas responsables del conflicto familiar y que, de hecho, estos problemas pueden haber inducido al individuo a beber en exceso.

Qué es el programa y como funciona

El iniciarnos en el programa de AA., no implica de ningún modo una vida triste y sombría, puesto que encontrar la sobriedad no se limita a dejar de beber, sino a acostumbrarse a una nueva vida sin alcohol, con todas las oportunidades de desarrollo personal de cualquier ser humano. Cabe aclarar que, como nada es impuesto ni obligatorio, cada miembro mantiene su capacidad de decisión sobre su persona y practica el Programa de los Doce Pasos sugeridos para su recuperación, en la forma que lo crea más conveniente.⁸²

La experiencia nos ha demostrado que los resultados de la practica de estos principios como La Honestidad, La Tolerancia y El Servicio, da como consecuencia una vida de Libertad, de Tranquilidad y de Armonía, que permita nuestra Reintegración a La Familia, Al Trabajo, A Nuestras Relaciones con Otros Seres Humanos y en general. A la Sociedad en Plenitud.

En el Grupo Jóvenes Alcohólicos Anónimos 24 Horas, nosotros encontramos una opción a nuestro problema y asumimos nuestro objetivo primordial:

"La Responsabilidad de compartir esta solución, con todos aquellos que la necesiten o la quieran "

⁸² <file:///D:/Angelica/Alcoholismo/programa.htm> pp.3-4 Internet 2002

3. METODOLOGÍA

3.1 Hipótesis.

La LEO en las alternativas de la relación de apoyo que establece con el alcohólico de grupos AA. identificar las necesidades, físicas y emocionales y la perspectiva de cambio de conducta del alcohólico

3.2 Tipo de Investigación

Analítica: Se realizó análisis del grupo que identifica las características del (alcohólico) que ingresa a AA. con los problemas en su hogar por su dependencia al alcohol en grandes cantidades.

Descriptiva: Sólo se pretende describir en función del grupo de variables los hechos.

Correlacional: se relaciono la reelección de ayuda con la conducta.

Transversal: solo se entrevistaron una vez.

De Observación: Es un estudio el cual el investigador sólo puede observar en las actitudes en el grupo sin describir o medir el fenómeno estudiado, por lo tanto no se puede modificar a voluntad propia los factores que intervienen en el proceso.

3.3 Definición del Universo.

Hombres y Mujeres de 17 a 68 años

AA. 24 horas

Nuevo Garibaldi

3.4 Definición de la muestra

A. A. 24 Horas

Jóvenes Iztacalco

Grupo Nuevo Garibaldi

Hombres y Mujeres de 17 a 68 años

Convencional

3.5 Criterios de selección de la muestra

- Criterio de Inclusión.

Ser alcohólicos mayores de 17 años al ingresar al grupo AA. Nuevo Garibaldi

- Criterio de Exclusión.

No ser alcohólico, no formar parte del grupo Nuevo Garibaldi

- Criterio de Eliminación.

Las personas alcohólicas que no asistieron al grupo o se negaron a participar.

3.6 Definición de la información necesaria para el estudio.

- Desarrollo del grupo control (Alcohólicos Anónimos de IZTACALCO).
- Programas y Técnicas de recuperación para los alcohólicos.
- Ayuda que proporciona AA.
- NUEVO GARIBALDI, en especial con forme nuestro grupo control "AA."
- Alcoholismo. Tipo de comportamiento que presentan los alcohólicos.
- Instrumentos que utiliza el grupo, para rehabilitar a los alcohólicos.
- Información necesaria a la población de los grupos de ayuda para alcohólicos.
- Relación alcohólico-familia.

3.7 Método, técnica e instrumento de recolección de datos

- Método – Encuesta
- Técnica – Entrevista estructurada y observación no participante
- Instrumento – de recolección cuestionario

3.8 Procesamiento estadístico de datos

- Revisión de cuestionarios, vaciado de datos M Excel, concentración de datos y elaboración de tablas de distribución de frecuencia y gráficas.

3.9 Proceso de investigación

- En primera estancia se contó con la autorización del grupo de AA. para el levantamiento de la información y análisis de datos del estudio en cuestión en el grupo AA.
- La entrevista se realizó con los que dirigen el grupo esto determino que la encuesta fuese indirecta, a través de intermediarios porque el grupo es anónimo, y tomando en cuenta los principios éticos de respecto a la confidencialidad, no maleficencia de beneficencia, consentimiento informado.
- Sólo se le permitió a la pasante la observación de las dinámicas grupales bajo el consenso de no comentar al exterior lo ocurrido en ellas.
- El levantamiento de datos se realizó fuera del área de dimensiones del grupo, confiando en que los cuestionarios contestados fueran devueltos.
- La entrega se realizó por partes de acuerdo a las actividades de ellos.

3.10. Aspectos generales de la investigación. Organización

Recursos Humanos:

Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM Antelma Angélica Sánchez Gómez

Mtra. Iñiga Pérez Cabrera

Grupo AA. Nuevo Garibaldi

Recursos Financieros:

Los propios del investigador para material de apoyo como: copias , etc;

Materiales:

Máquina de escribir, hojas, plumas, diskette, libros, folletos, revistas, lápiz, computadora, impresora, diccionario, calculadora, goma, cinta para máquina de escribir, Internet.

Practica: Cuestionarios, piloto y original.

Recursos Físicos:

- Instalaciones de la ENEO
- Grupo de AA. Nuevo Garibaldi

3.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEMANAS/DÍAS/TIEMPO
Revisión bibliográfica.	Sep 26/29 2 Hrs
Elaboración de la situación problemática.	
Planeamiento del problema	Sep 28 1 Hrs
Introducción	Sep 28 1 Hrs.
Marco teórico	Sep 28 1 Hrs.
Metodología.	Sep/Oct 7 8 Hrs
Diseño de investigación	Sep/Oct 28/1 2 Hrs Sep/Oct 28/1 2 Hrs
Informe	Agosto 2004

4.- RESULTADOS.

4.1 Descripción e interpretación de datos.

Respecto a la **Edad de la población encuestada**: el 24.32 % (9) tiene de 17 a 23 años, etapa muy difícil donde los varones buscan identidad y tratan de independizarse de los padres para la toma de decisiones propias, actúan con rebeldía y negación. El 29.72% (11) de 24 a 30 es la etapa del adulto joven; él cual toma decisiones como la de formar una familia y es la época de productividad. El 18.91 % (7) de 31 a 37 años, busca la estabilidad en la familia ya formada; El 10.8 % (4) son de 38 a 45 años, etapa de máxima productividad y madurez, el 5.4 % (2) son de 46 a 52 años, edad donde algunos se encuentran psicológicamente deteriorados, con franca decadencia física, pierde el dinamismo. El 5.4% (2) son de 53 a 60, el daño emocional los hace concebirse inservibles y los induce a "beber". El otro 5.4 % (2) de 61 a 68 al sentirse ancianos, sin ocupación caen en depresión y se aumenta más en la adicción. Llama la atención el descenso de la frecuencia de población conforme se incrementa la edad porque en general las tasas de mortalidad son más altas en los alcohólicos de jóvenes y en etapa productiva. La libertad en la adolescencia, sin responsabilidad conlleva a caer en el alcoholismo que induce, a los sujetos físicos y emocionalmente, a seguir esta adicción. Además incrementa el riesgo con otros problemas como el consumo de otras drogas, la violencia, los accidentes e ilícitos diversos que cortan la vida a temprana edad tal como se observa en la población juvenil que "bebe" a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo incrementa los índices de morbimortalidad por accidentes y homicidios.²

² Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana. Para la prevención y control de adicciones" México. 2000 p. 17

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completa o parcialmente atribuidas al “beber”. El alcoholismo puede matar de muchas maneras. En total, reduce la esperanza de vida de 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol, mayor será la incidencia de desarrollar enfermedades como son: cirrosis hepática, varices esofágicas, trastornos mentales y de la conducta. Todas ellas constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, la escuela, en el trabajo y en la sociedad.³

Cuadro No. 1

En cuanto al **Sexo**: el 94.5 % (35) son del masculino y el 5.4 % (2) del femenino. El sexo masculino predomina en los grupos de AA, porque en nuestra cultura el “machismo” es aceptado culturalmente. De esa manera los hombres manifiestan abiertamente la dependencia alcohólica, que se refuerza con el entorno y los medios de comunicación. En cambio, la mujer alcohólica sufre la marginación y rechazada por la población y en su familia. Con frecuencia son enviadas a la calle y en el mejor de los casos a un centro de rehabilitación, o a un hospital psiquiátrico. Por su dependencia económica muchas veces desertan del tratamiento y de los grupos de apoyo. Sólo en las agrupaciones de adictos en recuperación, con el propósito de ayuda mutua es posible el soporte porque la intención fundamental es la resolución del problema, brindar atención ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, combinado con el modelo profesional o modelos alternativos. En estos se considera al alcoholismo, como el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico reversible, caracterizado por confusión y conciencia trastornada y fluctuante, por alteración del metabolismo del alcohol a nivel cerebral.⁴

Cuadro No. 2

De la **Escolaridad**: el 29.7 % (11) tiene primaria, el 54.0 % (20) secundaria, el 13.5% (5) la preparatoria, y el 2.7% (1) con estudios profesionales. En esta población

³ Ibidem p. 17

⁴ Ibidem

predominan los de secundaria por ser una Política educativa que hace obligatoria la conclusión del nivel básico, Una tercera parte sólo tiene primaria. Si observamos el 54% (20) que tiene secundaria, aunado a la mayor frecuencia de la edad de (17 a 23), guarda relación con el lugar geográfico donde está ubicado el grupo de apoyo Garibaldí, por lo que se infiere la iniciación al alcoholismo en este nivel académico. Por lo tanto, la *escuela y la comunidad*, constituyen ambientes donde los jóvenes están en interacción constante y cuando son hostiles, violentos, con delincuencia, oferta y consumo de alcohol y drogas, fácilmente son atrapados por alguna adicción.⁵ Por otra parte, la publicidad identifica el uso de alcohol con momentos de alegría, camaradería, prestigio, intimidad y éxito. De igual manera sucede con el deporte asociado al consumo de alcohol, igual que en el tiempo libre de muchos jóvenes. La escasa aplicación de las *leyes* que regulan el expendio, el tráfico y la venta de alcohol y otras drogas, propicia el consumo desmedido y el riesgo de conductas antisociales tal como la violencia y delincuencia. **Cuadro No. 3**

En cuanto al **Estado Civil**: el 43.2% (16) son solteros, el 27.0% (10) casados y el 18.9% (7) en unión libre, 2.7%(1) son divorciados y 8.1 % (3) separados. Más de la mitad viven sin pareja, con su familia parental, en esta situación no se sienten comprometidos con responsabilidades y obligaciones. Es de pensarse que se encuentran con tiempo libre y la inseguridad los hace buscar el alcohol por su situación emocional de soledad. Los casados o en unión libre les es difícil estabilizar la convivencia familiar por el alcoholismo. Por esto al margen de los grupos de AA. funcionan los AL-ANON que ayudan a la comprensión del alcohólico para su integración a la familia. Las acciones conjuntas de estos grupos afirman la decisión al cambio porque les permite cobrar conciencia del sentido de responsabilidad ante sí mismo, con los otros compañeros, ante su familia y a la sociedad.⁶ Con lo anterior se

⁵ En: "Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ambito Escolar". Corporación Ancora. Ministerio de Educación. Internet 2000 pp. 23 - 24

⁶ "Un punto de vista sobre alcohólicos anónimos" Folleto Central Mexicana de Servicios Generales. AA1989 – 2000 p. 93

enfoca el tratamiento considerando que la conducta de riesgo es multifactorial, es decir, no es producto de una causa en particular, sino que responde a un conjunto de factores interdependientes entre sí como son:

- En el primer nivel, las características individuales,
- En el segundo nivel, la educación, las notas en la escuela, la religiosidad, la personalidad, etc.
- En tercer nivel las características familiares, tales como grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación, etc.
- En cuarto, el plano comunitario que aborda las características del sistema educacional, de pares, de los medios de comunicación de masas que llegan desde la etapa de niño y ⁷
- En quinto; los factores macroeconómicos como la situación del empleo, las oportunidades educacionales, el nivel de ingresos, etc. **Cuadro No 4**

Respecto a la **Ocupación**, el 13.5% (5) son obreros y el 16.2% (6) comerciantes, el 5.4 % (2) estudiantes, el 10.81% (4) están desempleados y el 40.54% (15) tienen oficios variados de acuerdo a sus habilidades. La mayoría por su inconstancia e indisciplina, se mantienen relativamente al margen de cualquier situación laboral y el ocio los invita al consumo de alcohol. Predominan los que ejercen oficios en forma esporádica, que ejercen cuando están sobrios. Además al ser influidos por los amigos no trabajan aunque tengan problemas económicos. Sólo el 13.5 % (5) son empleados, por el problema del alcoholismo, les limita valorar su situación laboral; y los problemas cotidianos aumentan la probabilidad de que incurran en conductas de riesgo.⁸ A lo anterior se suman *los factores psicológicos* por rasgos de personalidad

⁷ Dryfoos, J. G. *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*. Londres: Oxford University Press, 1990. p. 1280. En: Florenzano, R. "El adolescente y sus conductas de riesgo" Internet. 2000 pp.21 - 20

⁸ *Ibidem*, p.22

como una baja autoestima, inseguridad personal, impulsividad, timidez y baja tolerancia a la frustración que incrementan las conductas de riesgo. **Cuadro No. 5**

Con relación a **si necesita ayuda**, el 97.3 % (36) reconoce que si y el 2.7% (1) que no. Los alcohólicos al ingresar a los grupos de AA, entran dispuestos a afrontar su problema, en la mayoría crónica o muy avanzada. En este sentido, los grupos AA brindan la relación de ayuda profundamente humana, fundamentada en la confianza y en la fe en si mismo que lo sensibiliza para abrirse a la experiencia, aprender, modificar su conducta y aportar eso mismo a otros en situación semejante. Entre el profesional de enfermería y el paciente la relación de ayuda específica, concreta y puntual, es favorecedora del crecimiento personal eficaz. En la relación de ayuda, el proceso está direccionado; por lo menos hacia un objetivo. Cada fase es enriquecida al transmitir una información que complementa el proceso de **EMITIR** con el de **OBSERVAR** y el de percibir con escuchar más interpretar⁹ **Cuadro No. 6**

Respecto a **tener confianza en la ayuda del personal del equipo de salud (Enfermería, Terapeutas)**, el 86.5% (32) señala que si, y el 13.5% (5) no.

La mayoría confía en la ayuda, con la única salida viable para dejar de consumir alcohol, aun cuando no quieran enfrentar su realidad, ni sus problemas, ni su forma compulsiva de beber. Es evidente que la naturaleza del ser humano es constructiva y digna de confianza, cuando funciona libremente sobre todo cuando el individuo se libera de sus actitudes defensivas y se abre a las diversas necesidades personales, ambientales y sociales. No es necesario preguntarse quién lo socializó, ya que ésta es una de sus necesidades más profundas en la humanización que le permite asociarse y comunicarse con los demás. Por esto en la **Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2**; cuya observancia es obligatoria para todos los prestadores de servicio del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, señala los lineamientos a cumplir en los establecimientos de los sectores publico, social y

⁹ MAYA, Luz Elena. Los Estilos de Vida Saludables pp. 41- 49- 42

privado que realizan actividades preventivas y de tratamiento de las adicciones, y reafirma el derecho a la atención cuando el alcohólico toma la decisión de rehabilitarse.¹⁰ **Cuadro No. 7**

En cuanto a **la efectividad de los grupos de AA**, el 97.3% (36) reconoce que sí, y el 2.7% (1) dice que no. Casi la totalidad señala que son efectivos, porque les han brindado ayuda emocional para conservarse sobrios, elevar su autoestima y controlar su enfermedad. Sólo uno no reconoce la efectividad de los grupos AA por ser de ingreso reciente. Además. Todos están entendidos de la probabilidad de recaídas en el curso del tratamiento, aún suponiendo que fuera el más adecuado; y no por ello creer han fracasado". A veces una recaída es útil para convencerse de que realmente no puede volver a beber alcohol, si desea honestamente su recuperación aprobando su efectividad de los grupos de AA. Su fin primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad por el mayor tiempo posible bajo la premisa de "solo por hoy lo voy a conseguir"¹¹.

Cuadro No.8

Con relación a **como califica los grupos de apoyo de AA**, el 10.8 % (4) reconoce que son **Excelentes**, el 75.7% (28) **buenos**, el 8.1 % (3) **regulares**, el 2.7 % (1) **Insuficientes** y el 2.7 % (1) malo. Según el tiempo que permanecen en el grupo AA, es como califican al grupo de AA, al darse cuenta de su mejoría y de la eficiencia en su rehabilitación. Los que tienen más tiempo reconocen que son excelentes y se dan cuenta que empiezan a salir del problema del alcoholismo, mientras que los que tienen poco tiempo o que apenas ingresaron no lo valoran. Actualmente la institución AA es más abierta e incluso el anonimato ya no es un asunto esencial, sobre todo los que operan en los poblados pequeños. El alcohólico

¹⁰ Secretaría de Salud. "Norma oficial mexicana. Para la prevención y control de adicciones" México. 2000 p.18

¹¹ Información para el recién llegado" Editado por AL- ANON Y ALATEEN pp.93

que ingresa al grupo AA efectúa un cambio notable en el sentido de su existencia y de la responsabilidad ante sí mismo, con los otros compañeros, ante su familia y a la sociedad.¹² **Cuadro No. 9**

De acuerdo a si **tiene apoyo familiar para dejar de beber**, el 94.6 % (35) que sí y el 5.4% (2) que no. La mayoría de los que están en el grupo de AA, cuenta con el apoyo de su familia y esto contribuye en la funcionalidad de ésta. Si uno de los miembros se ve afectado por el alcoholismo esto repercute en a todos los miembros de la familia. Por otra parte, el hábito de tomar refleja lo adquirido del medio, donde el alcohol es algo común y cotidiano, provocando de esta manera el inicio de su enfermedad. En el problema de las adicciones la *familia* cumple un rol fundamental en el desarrollo de los hijos sobre todo al llegar a la adolescencia, entregándole un marco de referencia respecto de valores, principios y creencias que éste abrigará y /o modificará a lo largo de la vida; y constituye el núcleo central y primario del desarrollo afectivo y social de la persona.

Se ha demostrado que diversas situaciones familiares están relacionadas con una mayor incidencia de conductas de riesgo en el adolescente, como por ejemplo: la inestabilidad familiar, la falta de afecto, las dificultades de comunicación entre padres e hijos(as), los estilos parentales extremos (autoritarismo o permisividad), la falta de unidad familiar, las dificultades para resolver conflictos familiares y mantener los límites. Asimismo, la presencia de ciertas conductas de riesgo en los padres (como alcoholismo, drogadicción, delincuencia, etc.), es un elemento de gran influencia tanto por ser modelos de sus hijos(as), como por las tensiones y dificultades emocionales que el alcoholismo genera en ellos.¹³ **Cuadro No. 10**

¹² Idem

¹³ Dryfoos, J. G. Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention pp.22 - 23

De acuerdo a si considera que **el personal de salud (Enfermería, Trabajo Social, Psicoterapeutas, terapeutas) tiene información de cómo ayudarlo,** el 86.4% (32) dice que si y el 13,5 % (5) que no. La mayoría responde afirmativamente, porque al darse cuenta de su enfermedad y su realidad consideran el trabajo de los grupos de apoyo para su rehabilitación. También de la necesidad de asistencia del personal de salud, siempre y cuando el alcohólico lo busque por si mismo, reconozca la ayuda, aun cuando algunos dicen no aceptarla. En este aspecto es Importante trabajar con un modelo de enfermería para una relación de ayuda eficaz” profesional, que permite abordar a la persona como un **ser holístico** donde cada profesional elija el que más se adapte a las necesidades del alcohólico.¹⁴ En estos se enfatiza la ética de enfermería, como la búsqueda personal del bien en los actos preventivos, de manera que el profesional pueda encontrarse a gusto con su conciencia, tenga la percepción de que sus decisiones y actuaciones son acertadas; y constituyan el logro personal y profesional. El acto de enfermería consta de tres características: personal, dialógico y asimétrico:

- a) La relación entre enfermera y enfermo es la relación entre dos personas, concebidas como unidades sustanciales de cuerpo y espíritu;
- b) Es dialógica, en el sentido de que en ella se encuentran dos autoconciencias sin mediar ninguna tercera instancia (por ejemplo, el Estado, la administración sanitaria, la sociedad o la familia)
- c) Por último el acto de enfermería es asimétrico, en el sentido de beneficiante. El acto de enfermería es un acto por sí mismo orientado a la conservación de la vida y a la mejora de las condiciones de ésta o, en su caso, a la paliación del dolor.⁹⁶

Con este acto de enfermería, se busca que el alcohólico se siente *recibido* psicológicamente por el personal del equipo de salud, tal como es y cualquiera que

¹⁴ CIBANAL Luis y Maria Carmen Arce “La_Relación Enfermera Paciente” Técnicas de la Comunicación en Enfermería Ed. Por la Universidad de Alicante 2004 pp.51- 52

⁹⁶ LA BIOÉTICA entre la Resolución de Conflictos y la relación de Ayuda 2004 p. 53

sean sus sentimientos (miedo, desesperación, inseguridad, ira), su modo de expresión (silencio, gestos, lágrimas o palabras) o lo que descubra que él es en ese momento. Este término *recibido* implica el concepto de ser comprendido empáticamente y ser aceptado.⁹⁷ **Cuadro No. 11**

Con relación a **si reconoce que debe darse tiempo para descansar después de beber**, el 81.1 % (30) dice que si y el otro 18.9 % (7) que no. La experiencia de la mayoría les indica la necesidad de descansar para reponer el desgaste orgánico consecuente al consumo de alcohol. Los alcohólicos duermen la intoxicación etilica antes de continuar con el alcohol o para estar sobrios. Esta es una de las necesidades humanas universales, iguales en todas las culturas y momentos históricos. Su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas bien sea en la autosuficiencia o en la dependencia parcial con la participación de otros a nivel personal o colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar el desarrollo humano.⁹⁸ **Cuadro No. 12**

En cuanto a **la necesidad de tomar medicamentos para dormir** el 18.9% (7) dice que si, mientras que el 81.1 % (30) que no. En general los medicamentos con este fin requieren receta médica y los toman aquellos que presentan alteraciones del SNC o por combinar otra droga con el alcohol. El sueño corresponde a las necesidades primarias o fisiológicas y el individuo se motiva para satisfacerla.⁹⁹ Además como es un ser con necesidades múltiples e interdependientes, éstas conforman un sistema interrelacionado y dinámico, que interactúan complementándose y compensándose simultáneamente en el proceso de satisfacción. . **Cuadro No. 13**

⁹⁷ ROGER Carl " El Proceso de Convertirse en Persona p.69

⁹⁸ PERMASNH Las Necesidades Humanas pp.35 - 36

⁹⁹ Ibidem p.36

Con relación a **si come suficiente mientras "bebe"**, 43.3% (16) dice que si y 56.7%(21) que no. Los que respondieron afirmativamente, el descenso de su dependencia al alcohol les permite hacerlo, mientras los que contestaron negativamente por la dependencia profunda al alcohol les inhibe el apetito y no ingieren alimento el alcohol suple las requerimientos calóricos pero no los nutricionales. Como señala Manfred Max Neef, que la complementariedad e interrelación entre las necesidades permite que los satisfactores puedan satisfacer una o varias necesidades ó bien una necesidad puede tener varios satisfactores determinados por el grado de desarrollo en las diferentes culturas y regiones.¹⁰⁰

Cuadro No. 14

Respecto a **si hace las tres comidas**, el 46.0% (17) dice que si, y el 51.3 % (19) que no, el 2.7% (1) no contesto. Los que responden afirmativamente es por que están en vías de rehabilitarse, en tanto los que no, sin darse cuenta van deteriorando su salud. Consideramos que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema en él que se interrelacionan e interactúan y simultáneamente se complementan y compensan para lograr el proceso de satisfacción, con relación a sí mismo. Desde una perspectiva integral, al satisfacer la necesidad de comer, se mejora la calidad de vida que guarda relación con los estilos de vida (Bibeau y col 1985). en lo material, manifestada entre otras por la alimentación, la : vivienda y el vestido.¹⁰¹ **Cuadro No. 15**

Con relación **a la frecuencia de su actividad con los grupos de apoyo de AA.** el 37.8 % (14) dicen que son **Esporádicas**, y el 48.7 % (18) **poco frecuentes**, el 13.5 % (5) **muy frecuentes**. Como toda actividad grupal requiere del compromiso de los integrantes, de modo que cada uno apoye conforme al avance en su rehabilitación. De esa manera van adquiriendo más responsabilidades con el

¹⁰⁰ Ibidem pp. 35-36

¹⁰¹ LUZ Elena Componentes de la calidad de vida p.3

grupo AA organizando su tiempo. Sólo el 13% es el que realiza actividades más frecuentemente, mismas que están enfocadas a la ayuda para satisfacer las necesidades de los que no tienen la voluntad, los conocimientos y capacidad para ser autosuficientes.. Además el trabajo de los grupos AA se da en tres contextos: Consigo mismo, con el grupo social y con el medio ambiente. **Cuadro 16**

- Acerca de sí **el grupo de AA. es motivador para dejar de beber** el 91.89 % (34) dice si, y el 8.10 % (3) que no. Desde el momento en que deciden dejar de beber, la mayoría de los alcohólicos ingresan al grupo AA. Los lleva la pretensión de salir del problema y al acercarse a otros con la misma problemática, obtienen los soportes emocionales con los que fincan la esperanza y la aspiración de volver a vivir, recuperar el calor humano, la dignidad, el amor, la comprensión y la ternura. En el proceso de rehabilitación rescatan los valores que alguna vez olvidaron, y es la relación interpersonal lo que los incita a la abstinencia y mantenerse sobrios para recuperar su espacio vital y el respeto como personas asimismo y encontrar los satisfactores a sus necesidades; que las asumen con mayor fuerza como "la falta de algo"y son las potencialidades las que les permitirán buscar la ayuda y el apoyo. **Cuadro No. 17**

Con relación a sí **han adquirido responsabilidad en las actividades con el grupo AA.** el 97.3 % (36) dicen que sí y el 2.7% (1) que no. Casi todos respondieron afirmativamente, de modo que una vez que adquieren las responsabilidades y compromisos con el grupo están en camino de la rehabilitación y enfrentarse a su realidad. ¹⁵Con la actividad que desempeñan en el grupo les es menos difícil hacer un cambio en su vida cotidiana, lejos del alcohol. La responsabilidad primordial es dejar de beber, lo que no es fácil. Otras son: asistir a juntas, que de acuerdo al sufrimiento es la frecuencia y comprometerse con su recuperación. Cuando no hay responsabilidad con el grupo tampoco existe el

compromiso para la satisfacción de las necesidades, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano, así como la necesidad potencial de participación y necesidad de libertad potencial de autonomía.¹⁰² **Cuadro**

No. 18

En cuanto a **quién realiza la higiene personal cuando bebe**, el 54.0 % (20) dicen que ellos, y el otro 37.9 % (14) su familia, el 8.1% (3) el grupo de apoyo AA. Más la mitad es auto responsable del auto cuidado de su persona., y al mismo tiempo tiene responsabilidades y compromisos con el grupo. El resto recibe el apoyo de la familia. Cuando se sienten incapaces de realizar sus propias actividades de higiene personal, algún miembro del grupo los apoya al principio, después los invita para que ellos las lleven a cabo y posteriormente participará con el grupo AA. De esta manera se refuerza la necesidad de autoestima asociada a la constitución psicológica. Ésta se subdivide en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que representan el respeto de los otros como: la reputación, la condición social, la fama, etc.; y van asociadas a la necesidad de de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, de confianza en sí mismo, de auto valía, de auto aceptación y de admiración. (4)¹⁰³ Un trastorno en este sentido lleva al sentimiento de inferioridad que se manifiesta con culpa y vergüenza. **Cuadro No. 19**

Con relación a si **se siente rechazado por la sociedad** el 48.8 % (18) dice que si, el 48.8% (18) que no y el 2.7 % (1) no contestó.. Los alcohólicos en proceso de rehabilitación aceptan su condición de enfermos por alcoholismo y perciben la aceptación de la sociedad. Los que aun tienen sentimientos de culpa por ser alcohólicos sienten el desprecio a su presentación personal y sobre todo al estar ebrios. Es innegable que existe la discriminación por el alcohólico, el rechazo de la

¹⁰² Ibidem p. 2

¹⁰³ PERSMASNH Las Necesidades Humanas, Según A. Maslow p. 37

sociedad y luego de la familia. Esta condición es la que los lleva a ingresar al grupo AA. que los admite con el propósito de resolver un problema común, y es en la relación interpersonal que se establece un puente de comprensión facilitando la transmisión de experiencias, la identificación y la aceptación del alcohólico al grupo como una familia encontrando seguridad sin sentirse rechazado. Es importante enfatizar que la consideración de los demás hacia el alcohólico es fundamental para el proceso de rehabilitación y alcanzar la dignidad de persona humana en la sociedad. Esta transformación en la aceptación del alcohólico exige la participación de la población.¹⁰⁴ **Cuadro No. 20**

-En cuanto de **las conductas emocionales ¿cuál de ellas lo inducen a beber?**, el 24.3 % (9) estado de depresión, el 21.6 % (8) timidez e inseguridad, el 18.9 % (7) contestaron que la angustia y la ansiedad, el 18.9 % (7) dificultad para la comunicación, el 8.1% (3) decepciones, el 8.1 % (3) pérdida de seres queridos.. La depresión, la inseguridad y la timidez sobresalen como causa emocional para al alcoholismo sobre todo los adolescentes. Después la angustia y ansiedad y la decepciones, tal como se ve en las películas mexicanas de los sesenta que semeja lo ocurrido en la vida real, A veces el sentimiento de inferioridad por los éxitos de la pareja, la pérdida de seres queridos como la madre y el padre que son los elementos principales del núcleo familiar producen estados emocionales que los induce a beber. En especial la depresión lleva a reflexionar acerca de la existencia de un tronco común entre el alcoholismo y la depresión ¿Se puede hablar de una tercera enfermedad que no es ni lo uno ni lo otra? ¿Algo como un síndrome de alcoholismo-depresión? o depresión-alcoholismo. Lo importante es como ayudarlos a recuperarse. Los grupos de apoyo brindan pláticas y al asistir a las juntas o reuniones, plantean sus experiencias, qué los deprime o los angustia reviviendo los hechos que los ha

¹⁰⁴ MAYA Luz Elena. Componentes de Calidad de Vida. pp.1-2

empujado al alcoholismo y al compartirlos disminuye la carga de culpa y se sienten identificados con el grupo y el principio de la confidencialidad.¹⁰⁵ **Cuadro No 21**

De acuerdo a la **frecuencia con que se presentan las conductas emocionales negativas**, el 27% (10) siempre, y el 48.6 % (18) a veces, el 24.3% (9) no contestaron. La experiencia en el grupo de AA, les permite ayudarlos disminuir el sentimiento de culpa generado por los eventos que suceden cuando están en fase de intoxicación aguda, a veces difíciles de describir y, varían de un individuo pero indudablemente la carga emocional negativa depende de la frecuencia de estos eventos. **Cuadro 21 bis**

En lo que se refiere a si **los problemas en el hogar determinan su forma de beber** el 43.3 % (16) contestó que sí y el 46.0 % (17) que no, el 10.8% (4) no contestó. La forma de beber del alcohólico trae consigo problemas con su familia, por su comportamiento, que puede ser agresivo o un parásito en su hogar y esto acarrea una inadaptación y rechazo con su familia. Los que contestaron que no, son los que viven solos; o son solteros o la familia los ha abandonado. En este caso el alcohólico no va reconocer que los problemas familiares determinan su forma de beber hasta que ingresan AA. La experiencia personal del alcoholismo es, por supuesto, algo que sólo un alcohólico puede compartir con otro alcohólico. Es una manera única y a menudo efectiva, independientemente de que el alcohólico al que traten de ayudar, acepte o no. Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos

¹⁰⁵ Información para el recién llegado* Editado por AL- ANON Y ALATEEN p.93

individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En lo material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el Plano Ideológico: valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida¹⁰⁶ y brindar afecto para mantener la integración social y familiar. **Cuadro No. 22**

Con relación a **quién influye para que el alcohólico ingiera bebidas alcohólicas**, el 56.8 % (21) amigos, el 8.1% (3) la familia, el 24.3 % (9) la sociedad, el 10.8% (4) no contestó. Los amigos son los que influyen en primer lugar, porque al querer la aceptación dentro de un círculo social como una forma de identificación, se ven influidos a ser igual que ellos, mientras que los que contestaron la sociedad se relaciona con el ambiente de fiestas y otros convivios. La relación interpersonal fundamental en el desarrollo humano cubre la necesidad de amor y pertenencia orientada socialmente. Depende de que ocurra cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad. Las necesidades de amor son evidentes durante toda la vida y en especial durante la adolescencia y la edad de adulto joven. Por ello es la búsqueda de amigos, de compañeros, de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto.¹⁰⁷ **Cuadro No. 23**

Respecto a si **se considera actualmente dependiente del alcohol** el 46.0 % (17) contestó que sí, el 37.8 % (14) que no, el 16.2%(6) no contestó. En la respuesta positiva influye el tiempo que lleva en el grupo AA. Cuando ingresan a éste, la mayoría bebe a diario y no se siente dependiente porque cree que puede dejarlo cuando quiera. Hasta tiempo después se da cuenta de la dependencia al alcohol. Las respuestas del "por que" se siente dependiente, las vinculan al grupo

¹⁰⁶ MAYA Luz Elena Los Estilos de Vida Saludables p.39

¹⁰⁷ PERSMASNH Las Necesidades Humanas, Según A. Maslow p. 37

de apoyo en sus diferentes fases: 5.4% (2) desintoxicación, 24.3 % (9) rehabilitación, el 62.2 % (23) dependiente y el 8.1 % (3) por la ayuda. Esto responde al sentimiento de inseguridad, relajamiento por el alcohol, problemas personales, depresión, ansiedad, problemas familiares. La pregunta crucial es: ¿Logran una abstinencia total por el resto de sus vidas todos los bebedores que entran en contacto con AA.? La respuesta es No, según las experiencias de estos, el dilema es que están Recuperados y no Curados puesto que mantener la sobriedad y su duración depende de la madurez del sujeto. Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades. Zemirower, señala tres componentes del desarrollo humano: la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida suficientes (ingresos).¹⁰⁸ Ante el alcoholismo, el paciente se enfrenta intentando manipular o alterar el problema. Es el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción lo que ayuda a darse cuenta del nivel de dependencia. **Cuadro No. 24**

En cuanto a las **razones por las que comenzó a beber**, el 54.0 % (20) señala problemas personales, el 16.2 % (6) problemas familiares, el 10.8% (4) entorno social, el 19.0 % (7) no contesto. Independientemente del tipo de problemas que señala el alcohólico es la respuesta personal que lleva al comportamiento adictivo Sin embargo son los problemas personales los que más influyen, creando inseguridad, depresión, ansiedad, que los conduce al alcohol, es decir que a la actitud emocional, se suma a inadaptación y baja auto estima. Por otra parte los problemas familiares son consecuencia de las actitudes del alcohólico por su comportamiento, que además se hacen los incomprendidos ante está situación, profundizando con está actitud el rechazo hacia ellos. Es hasta que ingresan AA encuentran el bienestar al relacionarse con otros alcohólicos dejan de sentir la soledad, y están prestos a dar apoyo. El constructor teórico de conducta en esta enfermedad alude a una realidad compleja,

¹⁰⁸ ARGYLE Mercader, F. "Bienestar Social y Calidad de Vida p 34

en donde múltiples variables intervienen y determinan los comportamientos que los sujetos presentan ante los estados de salud y enfermedad. Se han señalado diversas variables psico-sociales que han demostrado estar fuertemente implicadas, al igual que el proceso que supone la representación mental de la enfermedad y el afrontamiento a la misma.¹⁰⁹ **Cuadro No. 25**

Con relación **sí les molesta que le den consejos**, el 40.5 % (15) sí, el 43.2% (16) no, el 16.2% (6) no contesto. A los que les molesta recibir consejos, no reconocen sus errores y que su forma de beber lastima tanto a ellos como a los demás. La mayoría no les molesta porque se sienten apoyados por la familia, aceptan su realidad y quieren controlar su enfermedad. Al asistir a AA. en el ambiente de comprensión no les molesta que les brinden consejos, y esto lo manifiestan asistiendo a juntas y abriendo una comunicación clara con los demás. *Los factores psicológicos*, es otro aspecto individual asociado a las conductas de riesgo. Entre estos, se destacan ciertos rasgos de personalidad que aparecen relacionados con una mayor incidencia de conductas de riesgo, como una baja autoestima, inseguridad personal, impulsividad, timidez y baja tolerancia a la frustración.

También, están presentes como factores de riesgo, el escaso desarrollo de habilidades sociales, la dificultad para resistir las presiones del grupo cuando éstas son negativas y la incapacidad de expresar sentimientos y emociones. Además, *las actitudes y creencias* son otro factor que se relaciona con una mayor o menor incursión en las conductas de riesgo. De esta manera, si un adolescente tiene una actitud favorable hacia el consumo de marihuana y alcohol, existe mayor probabilidad que efectúe conductas de riesgo, ya que no las desapruueba.¹¹⁰

Cuadro No. 26

¹⁰⁹ Ibidem. p. 32

¹¹⁰ Dryfoos, J. G. *Adolescentes at Risk: Prevalence and Prevention* En: Florenzano, R "El adolescente y sus conductas de riesgo. p.22

En cuanto **al cambio de su situación de vida** el 94.6 % (35) si, el 5.4% (2) no, La mayoría considera la ayuda recibida del grupo de apoyo AA como el eje rector del cambio. Esto permite que al estar consciente de su conducta mejore su estilo de vida con su familia. La *familia* cumple un rol fundamental en el desarrollo del adolescente, entregándole un marco de referencia respecto de valores, principios y creencias que éste abrigará y /o modificará a lo largo de la vida, y sobre todo constituye el núcleo central y primario del desarrollo afectivo y social de la persona. A través de la socialización se adquiere la cultura al mismo tiempo que es construido un plan particular de vida donde se establece la filosofía, la misión y la visión de los ciudadanos que se quiere ser. Lo anterior está fuertemente influido por la culturización, por: la inmersión en una cultura hasta el punto en que el plan particular de vida parece "natural" con base en creencias, normas, valores, símbolos, idioma, tecnología¹¹¹ **Cuadro No 27**

Con relación a si **se consideraba dependiente del alcohol antes de ingresar AA.**, el 59.45 % (22) si, el 40.6 % (15) no. Los grupos de apoyo desempeñan una labor importante en la toma de conciencia, aun cuando la mayoría si se consideraba dependiente, los medios de difusión han realizado programas sobre este problema que sin duda son los que les han concientizado. Los que contestaron que no, es por que no es tan fácil el reconocer ser alcohólico hasta que se encuentran AA. Por otro lado, algunos sostienen que **el modelo socioeconómico imperante**, con variables culturales como el materialismo y consumo, individualismo y competitividad, promueven estilos de vida que buscan sobresalir o bien, sobrevivir en él. En este sentido, una crisis de valores, falta de espiritualidad y del sentido de la vida, son consecuencias del modelo que manutiene la cultura de corto plazo, caracterizada por la búsqueda del placer y la evasión del dolor.¹¹² **Cuadro No. 28**

¹¹¹ En: "Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar Internet 2003

¹¹² Dryfoos Op. Cit.. p. 22

En cuanto **si cree que puede dejar de beber**, el 89.1 % (33) contestó que si, el 10.9 % (4) que no. Mientras la mayoría reconoce el problema de alcoholismo y aceptan ayuda del grupo AA. y del personal de salud; es posible que con voluntad y responsabilidad puedan cambiar su estilo de vida. Los menos dicen que no, tal vez porque no encuentren una motivación para dejar de beber además de la baja auto estima. A estos se les puede ofrecer asesoramiento profesional psicológico, vocacional y laboral.

Los medios de comunicación masiva promueven en forma subliminal el consumo de alcohol como parte de la publicidad la asocian con momentos de alegría, camaradería, prestigio, intimidad, éxito y con el deporte fundamental en el tiempo libre de los jóvenes. La escasa aplicación de las *leyes* que regulan el expendio, tráfico y consumo de alcohol y otras drogas, como de otro tipo de conductas de riesgo tales como la violencia y delincuencia, favorece la oferta, disponibilidad y oportunidad de incurrir en estas conductas.¹¹³ **Cuadro No. 29**

Con **relación a que factores lo llevan al alcoholismo**, el 18.9 % (7) familiares, el 10.8 % (4) personales, el 59.4% (22) emocionales, el 10.8 % (4) sociales: Las respuestas se clasifican en cuatro aspectos. **Emocionales:** Soledad, inseguridad, timidez, depresión, ansiedad, relajación por el alcohol e inicio de drogas. **Familiares:** el no apoyo familiar, desintegración familiar, violencia intrafamiliar, perdida familiar. **Personales:** Económicos, laborables, decepciones, ocio. **Sociales:** fiestas sociales, amigos, laborales, reunión familiar. La cultura incluye costumbres, creencias que determinan un estilo de vida compleja. En la búsqueda de una salida se olvida lo difícil que es encontrarla en el alcohol. A la mayoría les atrae los efectos del alcohol porque les hace olvidar momentáneamente sus problemas. La educación y el asesoramiento profesional psicológico, teológico y pastoral son alternativas de ayuda a ésta población de alcohólicos, para su integración familiar. Asimismo el

¹¹³ En: "Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar p.24

desarrollo humano depende de la **socialización**, proceso continuo de interacción a través del cual adquirimos una identidad personal y habilidades sociales. El contenido de la socialización varía de una sociedad a otra y está integrado por:

1. Creencias (explicaciones de experiencias compartidas)
2. Valores (criterios de juicio moral)
3. Normas y sanciones (normas específicas de conducta)
4. Símbolos (representaciones de creencias y valores)
5. Idioma (Un sistema de comunicación simbólica)
6. Tecnología ¹¹⁴ **Cuadro No 30**

¹¹⁴ *ibidem* p. 21

4.2 Comprobación de la hipótesis

De acuerdo a la hipótesis planteada acerca del rol de la LEO. en la alternativas de la relación de apoyo que establece con el alcoholístico de los grupos AA. identifica las necesidades físicas y emocionales y las perspectivas de cambio de la conducta.. De acuerdo a las variables se tomaron en cuenta las preguntas correspondientes de los indicadores: (3-4), (16-16 bis- 17- 20) indicadores emocionales; (7-8-9-10-14-11) indicadores de necesidades físicas; (19-22-23-24) indicadores de perspectivas de cambio de conducta, (1-2-5-6) indicadores para identificar la necesidad de ayuda. Con los valores previamente asignados se realizó el promedio y se procedió con los grupos de las preguntas de cada una de las variables. Estos se correlacionaron y se obtuvo lo siguiente:

De las variables de escolaridad y estado civil de acuerdo al análisis se obtiene correlación en forma significativa con el problema de alcoholismo de la población de Nuevo Garibaldí:

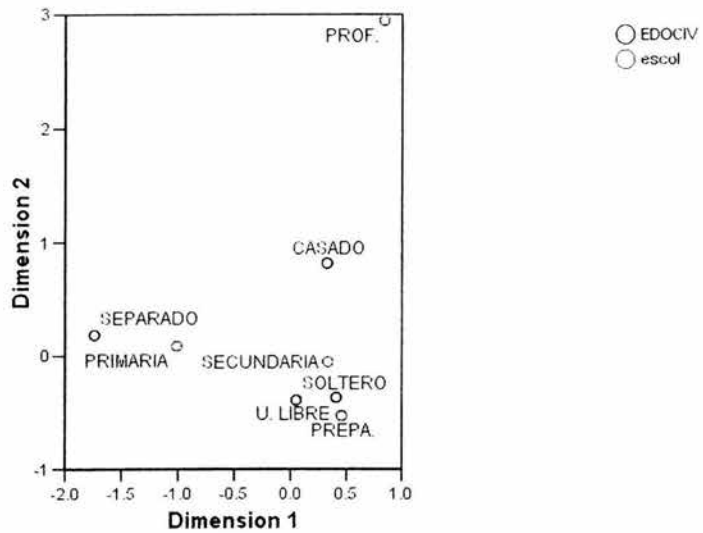
Esquema no. 1

ESTADO CIVIL Y ESCOLARIDAD

Escolaridad	Estado Civil				Total
	SOLTERO	CASADO	U. LIBRE	SEPARADO	
PRIMARIA	4	2	1	3	10
SECUNDARIA	9	6	5	1	21
PREPA.	3	1	1	0	5
PROF.	0	1	0	0	1
Total	16	10	7	4	37

Row and Column Points

Symmetrical Normalization



Se encontró relación entre escolaridad en el nivel secundaria y estado civil, soltero. En la gráfica de DIPLLOT se observa claramente la relación de soltero con Secundaria y separado con primaria. Gráfica No. 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	TOTAL
Va 1 lid	6	16.2	16.2	16.2
2	9	24.3	24.3	40.5
3	12	32.4	32.4	73.0
4	2	5.4	5.4	78.4
5	1	2.7	2.7	81.1
6	5	13.5	13.5	94.6
7	2	5.4	5.4	
Total	37	100.0	100.0	100.0

Esquema 2

CONDUCTAS EMOCIONALES

De las conductas emocionales que lo inducen a beber se les dio un valor de 6 - 8 - 10. De acuerdo a la calificación la mayoría obtuvo por debajo de 7.0 que se consideró que necesitan ayuda para resolver los factores condicionantes para el alcoholismo como la Depresión, timidez inseguridad, angustia y ansiedad en frecuencia en la población de AA. Nuevo Garibaldi.

Esquema no. 3

CONDUCTAS. FRECUENTES.

	Frecuen cy	Percent	Valid Percent	TOTAL
V 1 a li d	27	73.0	73.0	73.0
2	10	27.0	27.0	
Total	37	100.0	100.0	100.0

Entre las frecuencias de estas conductas la mayoría siempre está presente y a veces son menos. Por lo cual es prioritaria la ayuda Emocional.

Esquema no. 4

CONDUCTAS EMOCIONALES VS RAZONES PARAR BEBER

CONDUCTAS. EMOCIONALES	RAZONES P/BEBER			
	PROB. PERSONA LES	PROB. FAMILIARES	P. SOCIAL	Total
Angustia y ansiedad	2	1	3	6
Timidez e inseguridad.	7	1	1	9
Depresión	8	2	2	12
Dificultad para. comunicarse	2	0	0	2
Inferioridad	0	1	0	1
Decepciones	2	2	1	5
Perdida de. Seres queridos.	2	0	0	2
Total	23	7	7	37

Presenta Correlación la Depresión, la timidez e inseguridad, con perdida de seres queridos con problemas personales, la angustia y ansiedad con problema social

Esquema No. 5

CAMBIO DE CONDUCTA VS CONDUCTAS EMOCIONALES

CAMBIO DE CONDUCTA	CONDUCTAS EMOCIONALES				Total			
	ANG. Y ANSIEDAD	TIMIDES E INSEG.	DEPRE.	DIF. PARA COMUNICAR	INFERIORIDAD	DECEPCIONES	PER. SERES Q.	
2.50	0	1	1	0	0	0	0	2
4.00	0	0	1	0	0	0	0	1
4.50	0	1	1	0	0	1	1	4
5.00	1	1	0	1	0	0	0	3
7.00	0	1	1	1	1	1	0	5
7.50	2	2	2	0	0	3	1	10
9.50	1	2	2	0	0	0	0	5
10.00	2	1	4	0	0	0	0	7
Total	6	9	12	2	1	5	2	37

En cuanto la correlación de cambió de conducta contra conductas Emocionales, la calificación de perspectiva de cambió de conducta es más significativa con los problemas de angustia y ansiedad, timidez, inseguridad, depresión tomando en cuenta que el porcentaje está más relacionado con conductas emocionales alterados.

Esquema no 6.

CAMBIO DE CONDUCTA VS RAZONES P/BEBER

Cambio de conducta		RAZONES P/BEBER			Total
		PROB. PERSONALES	PROB. FAMILIARES	P. SOCIAL	
CCONDUC	2.50	1	1	0	2
	4.00	1	0	0	1
	4.50	2	2	0	4
	5.00	2	0	1	3
	7.00	3	1	1	5
	7.50	5	2	3	10
	9.50	3	1	1	5
	10.00	6	0	1	7
Total		23	7	7	37

De la correlación razones para dejar de beber y las razones para cambio de conducta en la mayoría son problemas personales

CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo planteado acerca de identificar las necesidades físicas y emocionales y plantear las alternativas de apoyo asistencial con el alcohólico en AA., en la perspectiva del cambio de conducta, se detectó un campo muy amplio de acción de enfermería a nivel preventivo con los integrantes de este grupo, porque ingresan a él las personas que tienen la motivación de cambiar, puesto que en su mayoría han aceptado que el alcoholismo es una enfermedad.

El alcoholismo es socialmente más aceptado en los hombres y los familiares son los primeros en sugerirles ingresar al grupo no así con las mujeres que en un número reducido en estos grupos

El diagnóstico y la comprensión concomitante también lo es de la familia al reconocer que hay algo que entender más allá de una "falta de Voluntad" y que "su alcohólico" beba como los demás". El conocimiento de las causas del alcoholismo promueve la empatía hacia el paciente.

La mayoría son solteros o separados de las parejas por abandono de la esposa e hijos. Tienen un oficio y dejan de trabajar ante la mínima invitación.

Los alcohólicos reconocen que los programas de rehabilitación de los grupos AA son buenos sobre todo si cuenta con apoyo familiar; de asesoramiento profesional.

Es poco frecuente que se incorpore a las actividades de ayuda del grupo de apoyo AA. los que lo realizan actúan como agentes motivadores externos para salir de su adicción.

Las pláticas del grupo de alcohólicos Anónimos ayuda a una conciliación con ellos mismos y con su comunidad, por lo tanto al asistir, se sienten integradas a su núcleo familiar.

Las alteraciones emocionales como la culpa, la inseguridad, la depresión, que aunados a los problemas familiares, problemas personales; los llevan a la búsqueda de solución en el alcohol que produce relajamiento y le brinda el olvido momentáneo de éstas.

Cuándo empiezan a creer que dejaran de beber se mantienen en el grupo AA. pasan a la idea de mantenerse sobrios.

En la transformación hacia un nuevo cambio de conducta la relación de apoyo profesional del LEO es imprescindible no sólo en la persona del alcohólico sino en el apoyo que brinda a la familia al escuchar la dinámica del dialogo y reconocer lo que cada uno puede hacer.

La educación en la salud es necesaria para saber más acerca de las señales de riesgo lo que puede significar la dependencia para un individuo o para alguien de su familia, para algún compañero de trabajo. El entender la dependencia alcohólica, sin exagerar, debe pasar a formar parte de la conciencia común.

PROPUESTAS

De acuerdo con el Perfil Académico Profesional de la licenciada en Enfermería y Obstetricia los puntos que sustentan las acciones preventivas y de promoción de la salud para la población de niños, adolescentes y adultos para disminuir el número de alcohólicos son:

- Reducir el tiempo de ocio de los jóvenes, proveyendo alternativas de sano esparcimiento o con actividades extracurriculares.
- Informar a la población sobre los efectos del alcohol en el organismo y la conducta.
- Celebrar en las escuelas encuentros de padres e hijos para aclarar problemas sin que existan enfrentamientos.
- Mayor atención de las autoridades educativas y representantes estudiantiles para que en los eventos estudiantiles no se incluyan bebidas alcohólicas.
- Mayor atención de las autoridades públicas, educativas y representantes estudiantiles para denunciar la apertura de antros cerca de los centros educativos.
- Eliminar la barra libre y prohibir la promoción del dos por uno en los centros recreativos.
- Mayor vigilancia en el cumplimiento de la ley que prohíbe la venta de alcohol a menores
- Se haga cumplir la prohibición de consumir bebidas alcohólicas dentro de las instalaciones educativas, incluidos sus estacionamientos.
- Realizar conferencias, pláticas, dinámicas, proyectos de investigación estudiantil sobre los problemas derivados de las adicciones alcohol.

- Reducir el tiempo de ocio en los jóvenes adolescentes con alternativas de centros recreativos.
- Realizar pláticas, proyectos de investigación estudiantil sobre los problemas derivados de las adicciones.

Comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud para definir su participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables.

- Organizar terapias familiares para cuando exista un miembro alcohólico en la familia.
- Aprender a beber dosis bajas de alcohol. Y ser consciente de sus tolerancia alcohol

Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria.

- Informar a la población la existencia de grupos de apoyo sobre todo al sexo femenino que si son aceptados a estos grupos ya que muchas amas de casa o adolescentes no están informadas y por eso buscan otras opciones por la discriminación de ser mujeres
- Se requiere del grupo de AA de la comunidad profesional, para el asesoramiento psicológico, legal, matrimonial, vocacional y laboral, así como entrenamiento y oportunidades al respecto.

Brindar servicios de Enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base de las necesidades y respuestas humanas, en los sitios en donde la persona se desarrolla o dónde acude a atender su salud.

- Crear centros de convivencia familiar con actividades recreativas y formativas; Organizar terapias familiares para cuando exista un miembro alcohólico en la familia.
- El alcohólico debe descansar para la recuperación del sistema nervioso que es el que más se perjudica, a causa de la intoxicación etílica.
- Algunos utilizan medicamentos no controlados para que conciliar el sueño si es necesario, por lo tanto pueden animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche
- En este sentido sugerir la dieta nutritiva y observar y registrar los patrones de alimentación del alcohólico abstemio, y para forma de ingesta de alimentos y líquidos.
- Es importante realizar los tres alimentos al día, así ayudan a mantener o favorecer su salud a no deteriorar su organismo.

Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos para diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento de la salud.

- Las responsabilidades son para ellos dejar de beber que no es fácil, asistir a juntas de acuerdo al sufrimiento, para encontrar su liberación del alcohol, encontrando paz y tranquilidad interior, responsabilidad de su recuperación sólo si ellos quieren.

- Conducta emocional. Lograr que un miembro de AA. vaya inmediatamente hablar con cualquier bebedor problema (dispuesto a escucharlo), a llevar al paciente o cliente a juntas de AA. y a contestar preguntas.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategia de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado.

Sustentar la práctica de la enfermería en principios éticos y bases legales de la profesión.

Sustentar la práctica profesional de la enfermería en principios filosóficos que guíen su manera de actuar en la búsqueda del comportamiento de los valores personales y el ser humano, así como la consolidación de una filosofía personal de enfermería.

Con fundamento en el perfil y en la definición que hace Henderson de la enfermería en donde postula que es "Una relación de ayuda orientada a la asistencia del individuo enfermo o sano en el cumplimiento de los actos que contribuyen al mantenimiento o al restablecimiento de la salud (o una muerte serena) y que llevaría a cabo por si mismo si tuviera fuerzas, voluntad y saber"

La expresión "relación de ayuda presupone una relación interpersonal entre la persona del que cuida y la persona cuidada. La relación que establece la enfermera con el usuario de los servicios de salud le permite

1. Cumplir su objetivo esencial = la relación de ayuda
2. Detectar las necesidades de salud del alcohólico adicto
3. Desarrollar la influencia terapéutica de la personalidad del cuidador entre el usuario.

Dinámica del encuentro interpersonal en enfermería

El proceso por el cual la enfermera cumple su rol en la relación de ayuda que implica el cuidado se puede resumir en tres pasos:

1. Ser impactado
2. Ser tocado
3. Ser motivado
4. Inquietar, alterar, mover fuertemente o con eficacia;
5. Enternecer, mover a ternura por compasión u otro motivo

En la primera acepción podemos hallar el equivalente a los 3 pasos mencionados:

Inquietar	= ser impactado
Alterar	= ser tocado
Mover con eficacia	= ser motivado

Los aspectos distintivos de la enfermería en cuanto a la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, se identifican con: la esencia del cuidado de enfermería en la relación humano-humano; el abordaje holístico de la persona cuidada la detección efectiva de las necesidades básicas del paciente y la influencia terapéutica ejercida a través de la personalidad del cuidador.

5. REFERENCIAS

5.1 Bibliografía

Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica. Folleto Litho Focet Viaar SA.
De CV. p. 32 2001

AL-ANON . **El Alcoholismo y como nos afecta .** Editado por AL-ANON

AL-ANON y ALATEEN . **Información para el recién llegado.** AL-ANON y
ALATEEN. Reimpreso en México, 2000

ARGYLE Mercader, F. **Bienestar Social y Calidad de Vida.** Psicología y Calidad
de vida. Intervención psicosocial. Vol. II No 6 1993 2003

BILL W. **Un punto de vista sobre Alcohólicos Anónimos.** México: Central
Mexicana de Servicios Generales de AA. A. C, 1989 - 2000

BRUCE J. Cohen, Richard J. Gelles, Ann Levine . **Introducción a la Sociología.**
Internet. 2003

BIOÉTICA **Entre la Resolución de Conflictos y la relación de Ayuda**
Internet 2004

CIBANAL Luis y Maria Carmen Arce " **La Relación Enfermera Paciente"**
Técnicas de la Comunicación en Enfermería Ed. Por la Universidad de Alicante
Internet 2004

DUNDAPROSAL Paris Ana Carolina "**La Comunicación en las Relaciones de Ayuda**" Internet 2004

DUEÑAS Fuentes José R. "**Cuidados de Enfermería de las Conductas Maniacas**" Internet. Estados Unidos de Norte América. Internet 2003

Dryfoos. R "**El adolescente y sus conductas de riesgo**"

Adolescentes at Risk: Prevalence and Prevention, Londres: Oxford G. University Press, 1990. p.p. 1280. En: Florenzano, Internet 2003

Diccionario enciclopédico universal BARCELONA 1970 Tomo 1 A 4ºed. ED. Credsda p.457

Diccionario de la Lengua Española . Madrid 19ª ed. ED. Espasa Calpe S.A 1970

<file:///D:/Angelica/Alcoholismo/programa.htm> pp.3-4 Internet 2002

GONZÁLEZ García Jorge. **¿Me casé con un alcohólico? Como saberlo y que hacer.** México: Ed. Concepto, 1988

HNA Mercedes Zamuner Lic. **Relaciones interpersonales en el ámbito del cuidado El rol distintivo de la Enfermería** Quinta Jornada de Bioética Nuevo Schoenstatt, Argentina 2003

Información PULSOMED "**Alcoholismo Tratamiento**"patrocinó por sanitas. Internet 2003

JELLINEK. **Tabla de la alcoholomania del dr. Jellinek**. Folleto de A. A. México

LITHO Focet Viaar, **Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica**. Folleto SA. De CV. p. 32 2001

MAYA Luz Elena **Los Estilos de Vida Saludables** [http://www. Funlibre.Org/documentos/ lemaya 1. htm](http://www.Funlibre.Org/documentos/lemaya1.htm) 2003

MARTINEZ Ortiz, Ma. .Belén **La Relación Enfermera Paciente** mari@belenmaraterra.es Internet 2004

MOLINA Pineiro, Valentín. **El Alcoholismo en México**. Impresiones modernas, S.A. México D. F. 1983

Prevention Plus II, OSAP, ADAM 89-1649, en: **Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar**". Corporación Ancora, Ministerio de Educación Internet 2003

PERSMASNH **Las Necesidades Humanas, Según A. Maslow** [htt://WWW.apsique.virtuabyte.cl/ tiki-index.php?page=PersMasnh](http://WWW.apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=PersMasnh) p. 3-6 2004

REYES Isidora B **Definición de Enfermería** Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería Internet

ROGER Carl " **El Proceso de Convertirse en Persona**" Ed. Paidos Internet 2004

"**Reflexiones y Acciones de Prevención en el Ámbito Escolar**". Corporación Ancora, Ministerio de Educación. Internet

SECRETARIA DE SALUD, **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Adicciones.** México, 2000

VELAZCO Fernández Rafael. **Esa enfermedad llamada alcoholismo.** México: Ed. Trillas,1988

1<http://www.salonhogar.com/ciencias/sicologia/alcoholismo/elalcoholismointroduccion.htm>

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ocupación _____ Edad _____ Sexo _____
 Escolaridad _____ Estado Civil _____

Instrucciones: Contesta marcando con una "x" la respuesta del inciso que tu creas.

- 1) ¿Reconoce que necesita ayuda para dejar de beber?
 - a) Si.
 - b) No.

- 2) ¿Tiene confianza en el personal de salud profesional (Enfermería, Trabajo Social, Psicoterapeutas, Terapeutas) para ayudarlo?
 - a) Si.
 - b) No.

- 3) ¿Los grupos de apoyo de A. A. Son efectivos?
 - a) Si.
 - b) No.

- 4) ¿Cómo califica los grupos de apoyo A A?
 - a) Excelentes.
 - b) Buenos.
 - c) Regulares.
 - d) Insuficientes.
 - e) Malos.

- 5) ¿Tiene apoyo por la familia para dejar de beber?
 - a) Si.
 - b) No.

- 6) ¿El personal de salud tiene información de cómo ayudarlo?
 - a) Si.
 - b) No.

- 7) ¿Reconoce que debe darse tiempo para descansar después de beber?
 - a) Si.
 - b) No.

- 8) ¿Es necesario que tome medicamentos para dormir?
 - a) Si.
 - b) No.

- 9) ¿Come suficiente mientras bebe?
- Si.
 - No.
- 10) ¿Hace las tres comidas.
- Si.
 - No
- 11) ¿Sus actividades con los grupos de AA. son:
- Esporádicas.
 - Poco frecuentes.
 - Muy frecuentes.
- 12) ¿Su compromiso con el grupo de AA. es motivador para dejar de tomar?
- Si.
 - No.
- 13) ¿Sus actividades dentro del grupo AA. son de responsabilidad?
- Si.
 - No.
- 14) ¿Quién realiza la higiene personal cuando bebe?
- UD.
 - Su familia.
 - AA.
- 15) ¿Se siente rechazado por la sociedad?
- Si.
 - No.
- 16) ¿De las Conductas emocionales cual de ellas lo induce a beber?
- | | |
|---|-------------|
| 1) Angustia y ansiedad. | a) Siempre. |
| 2) Timidez e inseguridad. | b) A veces. |
| 3) Estados de depresión. | c) Nuca. |
| 4) Dificultad para establecer comunicación. | |
| 5) Complejo de inferioridad. | |
| 6) Decepciones. | |
| 7) Perdidas de seres queridos. | |

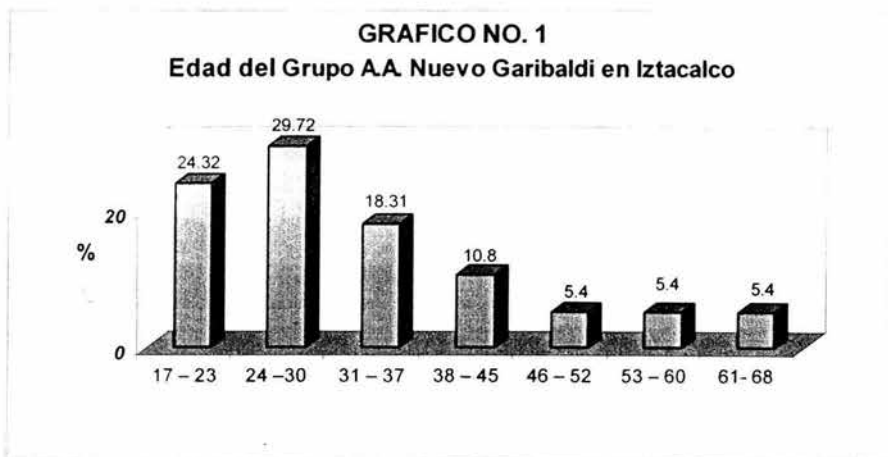
- 17) ¿Los problemas en el hogar determinan su forma de beber?
a) sí
b) no
- 18) ¿Quién influye para que UD. ingiera bebidas alcohólicas?
a) Amigos.
b) Familia.
c) Sociedad.
- 19) ¿Se considera actualmente dependiente del alcohol?
a) Sí.
b) No.
Porque. _____
- 20) ¿Porque razones empezó a beber?
a) Problemas personales.
b) Problemas familiares.
c) Presión social.
- 21) ¿Le molesta que le den consejos otras personas para dejar de beber?
a) Sí.
b) No.
- 22) ¿Su situación del estilo de vida ha cambiado al ingresar al grupo AA.
a) Sí
b) No
- 23) ¿Se consideraba dependiente del alcohol antes de ingresar al grupo AA.?
a) Sí.
b) No.
- 24) ¿Cree que puede dejar de beber?
a) Sí
b) No
- 25) ¿Que factores considera tienen a empujarlo al alcoholismo?

UNAM-ENEO

Cuadro No. 1
Edad del grupo de AA encuestados en Iztacalco

Edad	F°	%
17 – 23	9	24.32
24 – 30	11	29.72
31 – 37	7	18.91
38 – 45	4	10.8
46 – 52	2	5.4
53 – 60	2	5.4
61- 68	2	5.4
Total.	37	100

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario
Lugar : grupo AA Nuevo Garibaldi Iztacalco
Fecha : Diciembre del 2003



Fuente: Cuadro No. 1
Fecha: 2003

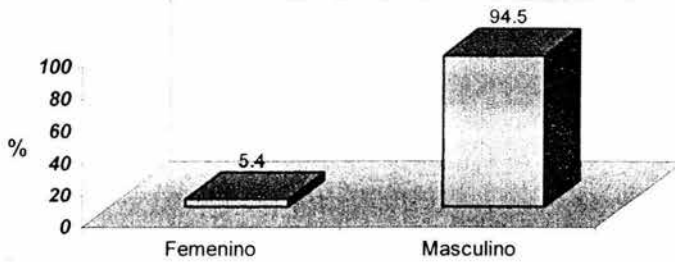
UNAM-ENEO

Cuadro No. 2
Sexo del grupo de AA encuestados en iztcalco

Sexo	F°	%
Femenino	2	5.4
Masculino	35	94.5
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No.1

GRAFICO NO. 2
Sexo del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi de Iztacalco



Fuente: del cuadro No. 2

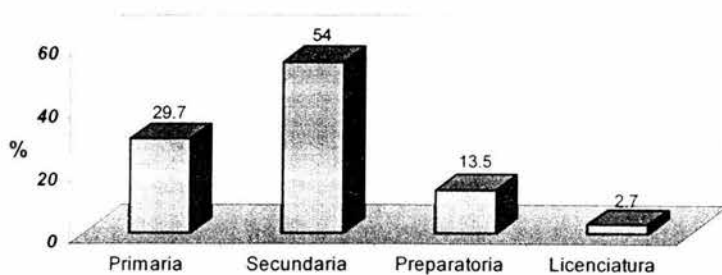
UNAM-ENEO

Cuadro No 3
Escolaridad del grupo de AA encuestados en Iztacalco

Escolaridad	F°	%
Primaria	11	29.7
Secundaria	20	54.0
Preparatoria	5	13.5
Licenciatura	1	2.7
Total.	37	100.0

Fuente misma del cuadro No.1

GRAFICO NO. 3
Escolaridad del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 3

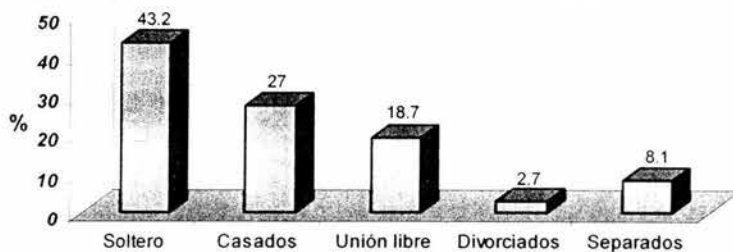
UNAM-ENEO

Cuadro No 4
Estado civil del grupo de AA. encuestados en Iztacalco

Estado civil	F°	%
Soltero	16	43.2
Casados	10	27.0
Unión libre	7	18.7
Divorciados	1	2.7
Separados	3	8.1
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 4
Estado Civil del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 4

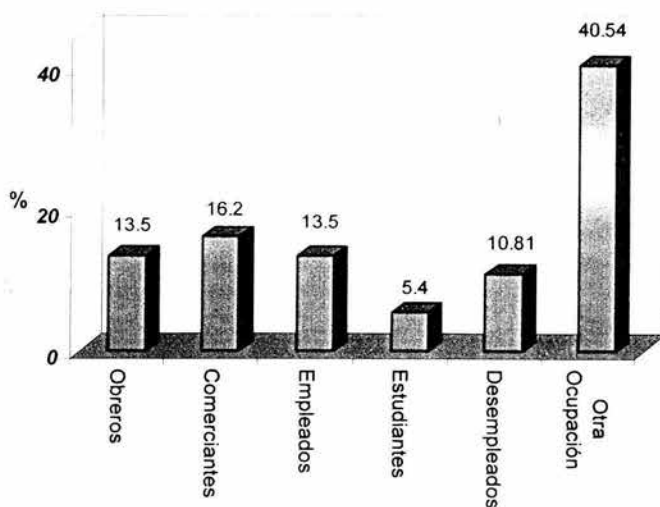
UNAM-ENEO

Cuadro No 5
Ocupación del grupo de AA encuestados de Iztacalco

Ocupación	F°	%
Obreros	5	13.5
Comerciantes	6	16.2
Empleados	5	13.5
Estudiantes	2	5.40
Desempleados	4	10.81
Otra Ocupación	15	40.54
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 5
Ocupación del grupo de AA . Nuevo Garibaldi en Iztacalco



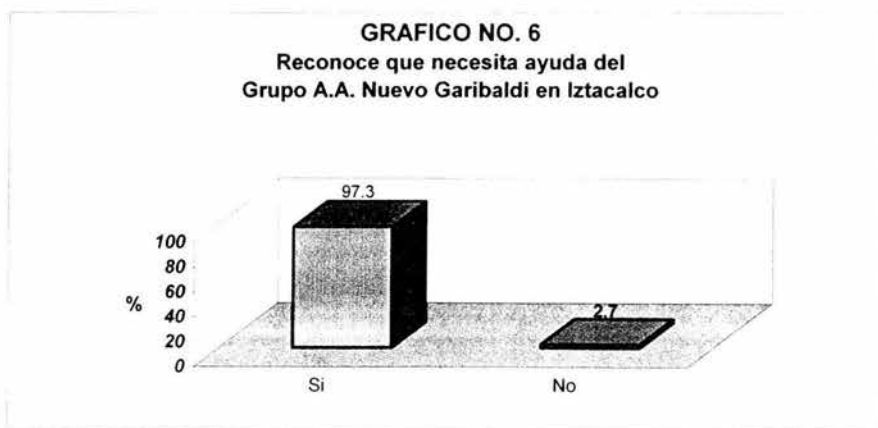
Fuente del cuadro No. 5

UNAM-ENEO

Cuadro No 6
Reconoce que necesita ayuda.

Reconoce que necesita ayuda	F°	%
Si	36	97.3
No	1	2.7
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 6

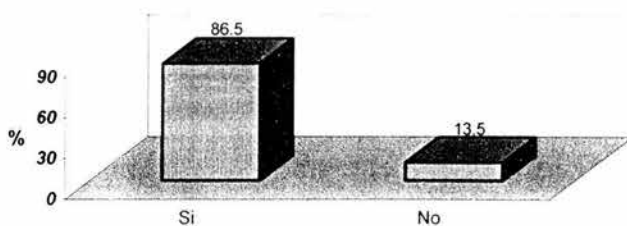
UNAM-ENEO

Cuadro No 7
Tiene confianza en el personal de salud.

Tiene confianza en el personal	F°	%
Si	32	86.5
No	5	13.5
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 7
Tiene confianza en el personal de salud del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



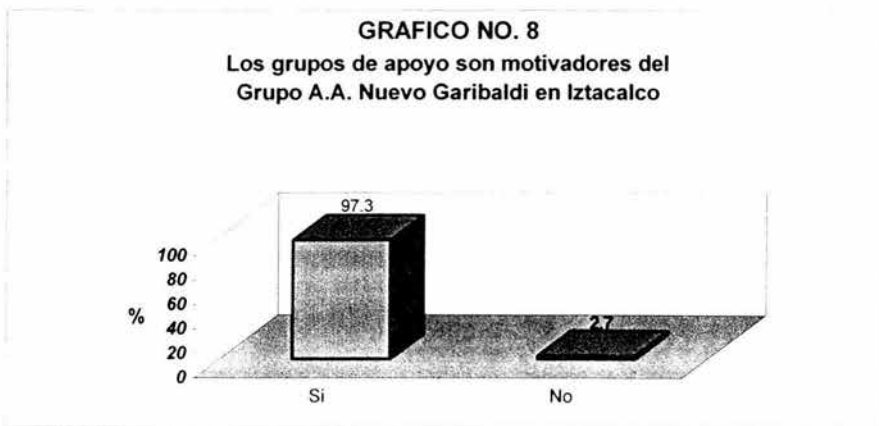
Fuente del cuadro No. 7

UNAM-ENE0

Cuadro No 8
Los grupos de apoyo de AA. son motivadores

Los grupos de apoyo son motivadores	F°	%
Si	36	97.3
No	1	2.7
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 8

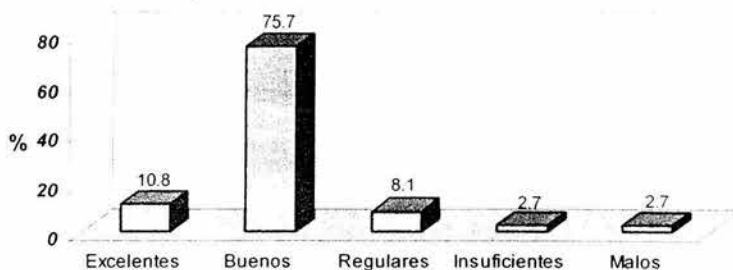
UNAM-ENE0

Cuadro No 9
Como califica los grupos de apoyo de AA.

Como califica los grupos	F°	%
Excelentes	4	10.8
Buenos	28	75.7
Regulares	3	8.1
Insuficientes	1	2.7
Malos	1	2.7
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 9
Como califica los grupos de apoyo de AA del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



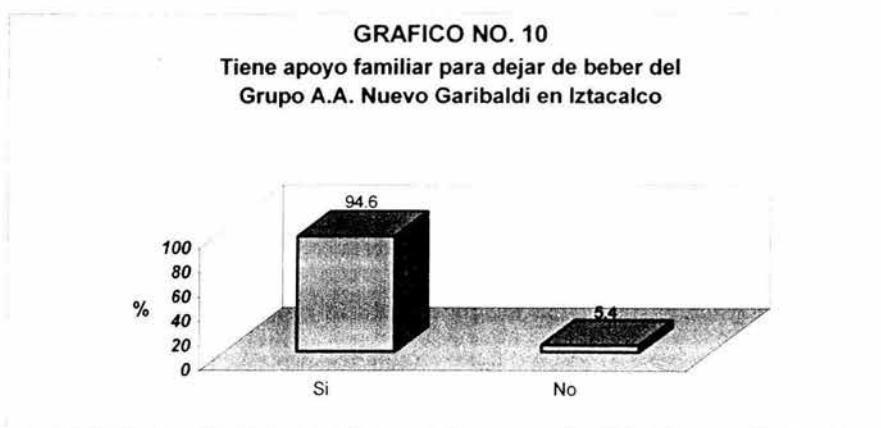
Fuente del cuadro No. 9

UNAM-ENEO

Cuadro No 10
Tiene apoyo familiar para dejar de beber.

Tiene apoyo familiar	F°	%
Si	35	94.6
No	2	5.4
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 10

UNAM-ENE0

Cuadro No 11

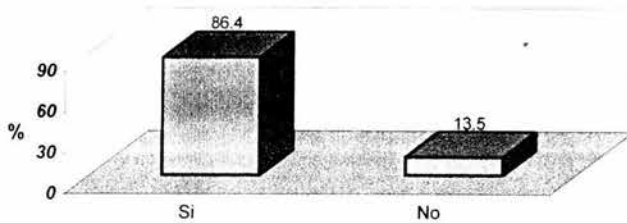
El personal de salud tiene información de cómo ayudarlo.

El personal de salud tiene información	F°	%
Si	32	86.4
No	5	13.5
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 11

El personal de salud tiene información de cómo ayudarlo del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 11

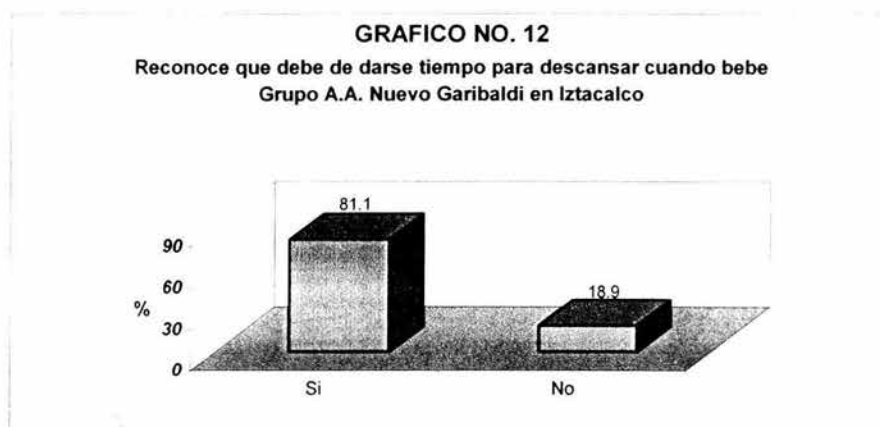
UNAM-ENEO

Cuadro No 12

Reconoce que debe de darse tiempo para descansar cuando bebe.

Reconoce que debe darse tiempo.	F°	%
Si	30	81.1
No	7	18.9
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 12

UNAM-ENEO

Cuadro No 13

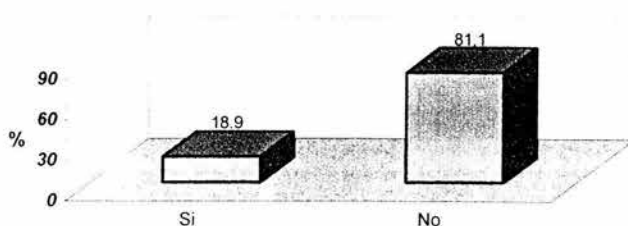
Es necesario que tome medicamentos para dormir.

Es necesario que tome medicamentos.	F°	%
Si	7	18.9
No	30	81.1
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 13

Es necesario que tome medicamentos para dormir del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 13

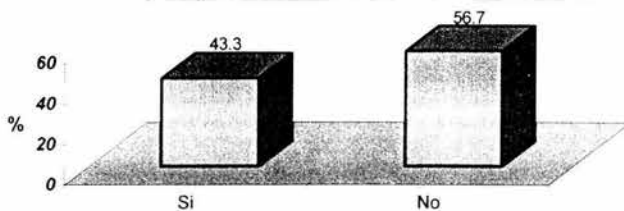
UNAM-ENEO

Cuadro No 14
Come suficiente mientras bebe.

Come suficiente	F°	%
Si	16	43.3
No	21	56.7
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 14
Come suficiente mientras bebe del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 14

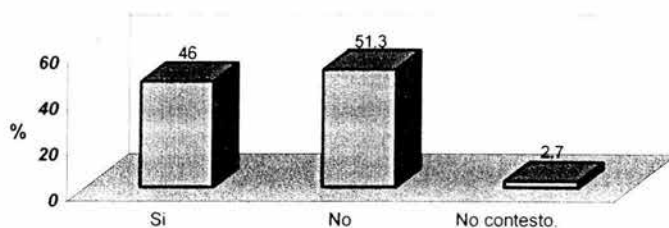
UNAM-ENE0

Cuadro No 15
Hace las tres comidas.

Hace las tres comidas	F°	%
Si	17	46.0
No	19	51.3
No contesto.	1	2.7
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 15
Hace las tres comidas del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 15

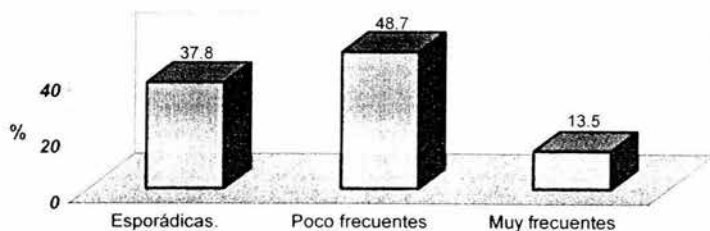
UNAM-ENEO

Cuadro No 16
Su actividad con los de AA son:

Su actividad con el grupo	F°	%
Esporádicas.	14	37.8
Poco frecuentes	18	48.7
Muy frecuentes	5	13.5
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 16
Su actividad con los AA son del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 16

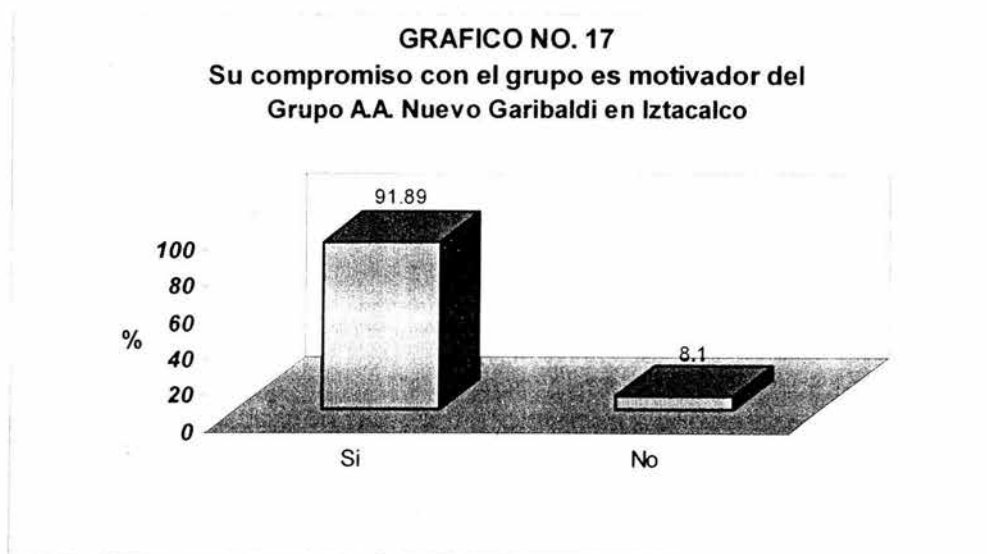
UNAM-ENEO

Cuadro No 17

Su compromiso con el grupo de AA. es motivador.

Su compromiso con el grupo	F°	%
Si	34	91.89
No	3	8.10
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 17

UNAM-ENEO

Cuadro No 18

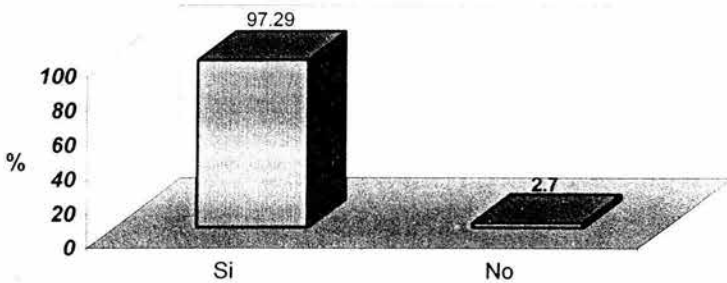
Sus actividades del grupo AA son de responsabilidad.

Sus actividades del grupo son de responsabilidad	F°	%
Si	36	97.29
No	1	2.7
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 18

Sus actividades del grupo son de responsabilidad
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 18

UNAM-ENEO

Cuadro No 19

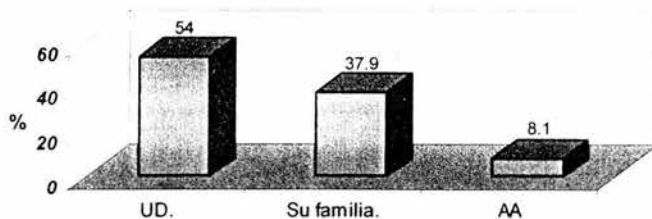
Quien realiza la higiene personal cuando bebe.

Quien realiza la higiene	F°	%
UD.	20	54.0
Su familia.	14	37.9
AA	3	8.1
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 19

Quien realiza la higiene personal cuando bebe del
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



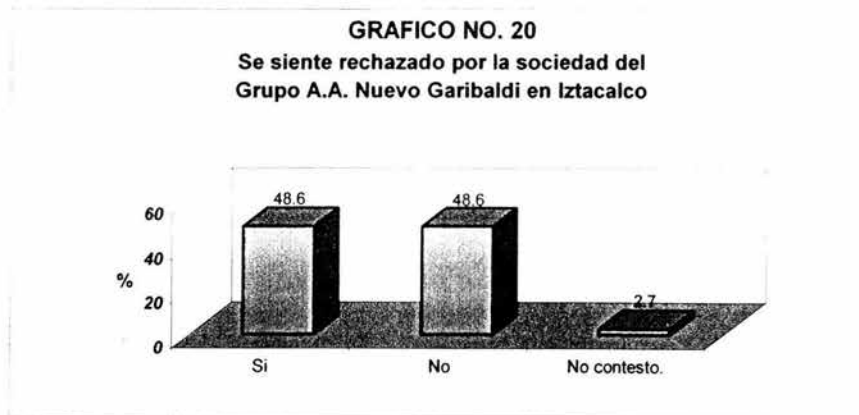
Fuente del cuadro No. 19

UNAM-ENEO

Cuadro No 20
Se siente rechazado por la sociedad.

Se siente rechazado	F°	%
Si	18	48.6
No	18	48.6
No contesto.	1	2.7
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 20

UNAM-ENEO

Cuadro No 21

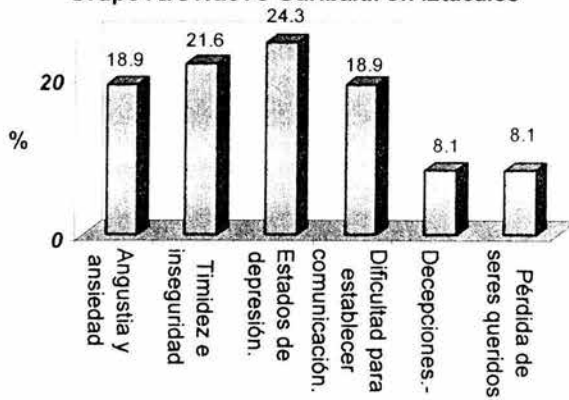
De las conductas emocionales cuales de ellas lo inducen a beber.

De las conductas emocionales	F°	%
Angustia y ansiedad	7	18.9
Timidez e inseguridad	8	21.6
Estados de depresión.	9	24.3
Dificultad para establecer comunicación.	7	18.9
Decepciones.-	3	8.1
Pérdida de seres queridos	3	8.1
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 21

De las conductas emocionales lo inducen a beber
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



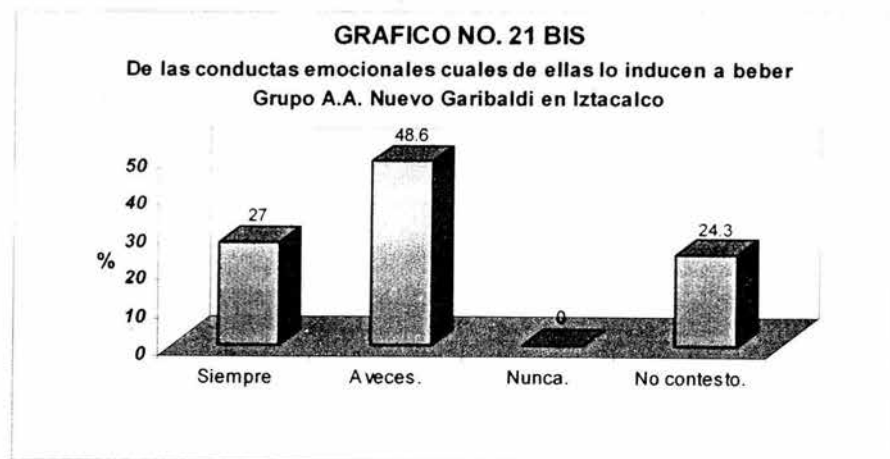
UNAM-ENEO

Cuadro No 21 Bis

De las conductas emocionales cuales de ellas lo inducen a beber con frecuencia.

De las conductas	Frec.	%
Siempre	10	27.0
A veces.	18	48.6
Nunca.	0	0
No contesto.	9	24.3
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



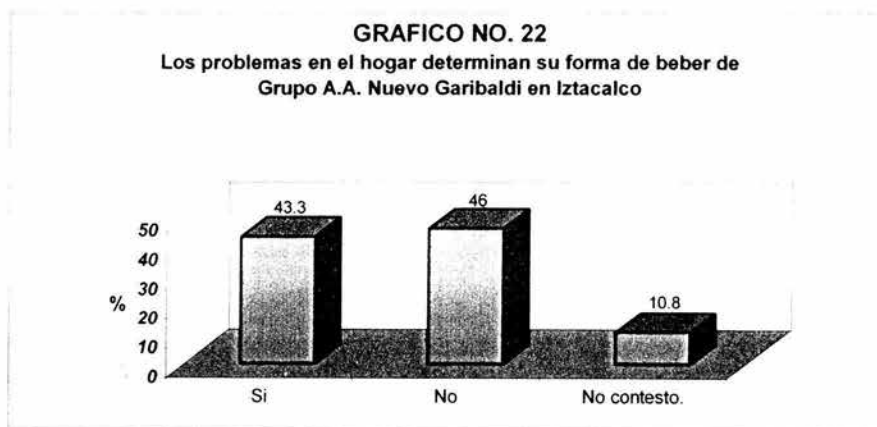
Fuente del cuadro No 21 Bis

UNAM-ENEO

Cuadro No 22
Los problemas en el hogar determinan su forma de beber.

Los problemas en el hogar	F°	%
Si	16	43.3
No	17	46.0
No contesto.	4	10.8
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 22

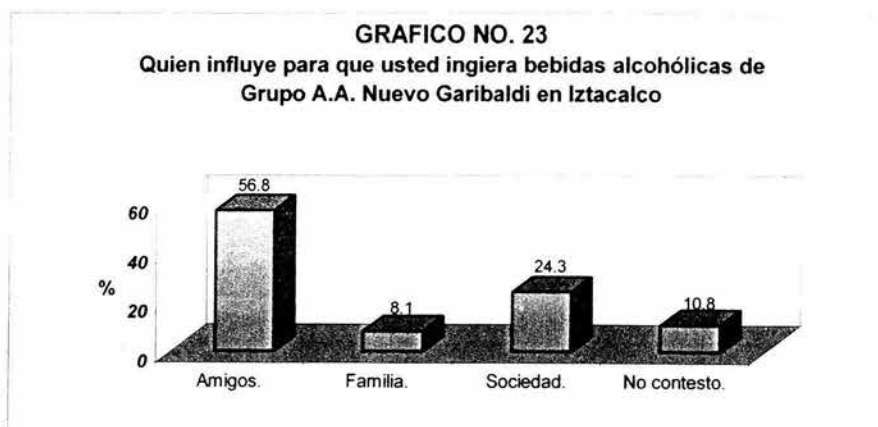
UNAM-ENEO

Cuadro No 23

Quien influye para que usted ingiera bebidas alcohólicas.

Quien influye para que Ud. Ingiera bebidas	F°	%
Amigos.	21	56.8
Familia.	3	8.1
Sociedad.	9	24.3
No contesto	4	10.8
Total	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 23

UNAM-ENEO

Cuadro No 24

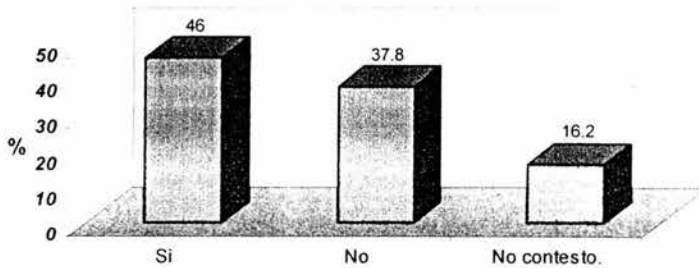
Se considera actualmente dependiente del alcohol.

Se considera actualmente dependiente	F°	%
Si	17	46.0
No	14	37.8
No contesto.	6	16.2
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 24

Se considera actualmente dependiente del alcohol de
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 24

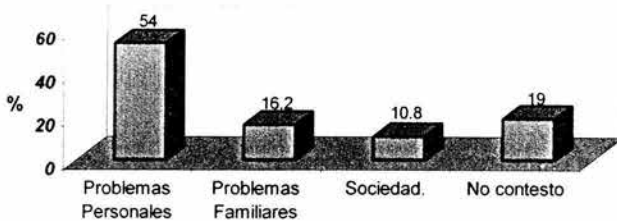
UNAM-ENEO

Cuadro No 25
Por que razones comenzó a beber.

Por que razones comenzó a beber	F°	%
Prob. Personales	20	54.0
Prob. Familiares	6	16.2
Sociedad.	4	10.8
No contesto	7	19.0
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 25
Por que razones comenzó a beber de
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



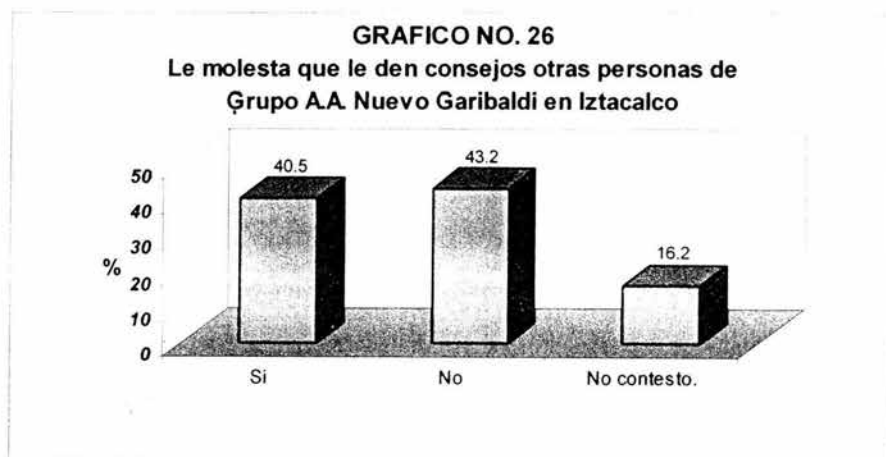
Fuente del cuadro No. 25

UNAM-ENEO

Cuadro No 26
Le molesta que le den consejos otras personas.

Le molesta que le den consejos	F°	%
Si	15	40.5
No	16	43.2
No contesto.	6	16.2
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 26

UNAM-ENEO

Cuadro No 27

Su situación del estilo de vida ha cambiado.

Su situación ha cambiado	F°	%
Si.	35	94.6
No.	2	5.4
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1



Fuente del cuadro No. 27

UNAM-ENEO

Cuadro No 28

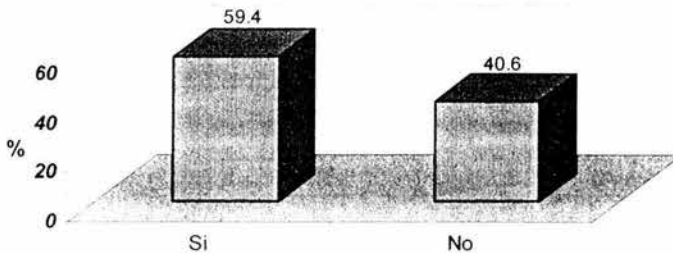
Se consideraba dependiente del alcohol antes de ingresar.

Se considera dependiente antes de ingresar a AA.	F°	%
Si	22	59.4
No	15	40.6
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 28

Se considera dependiente antes de ingresar a A.A. de Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 28

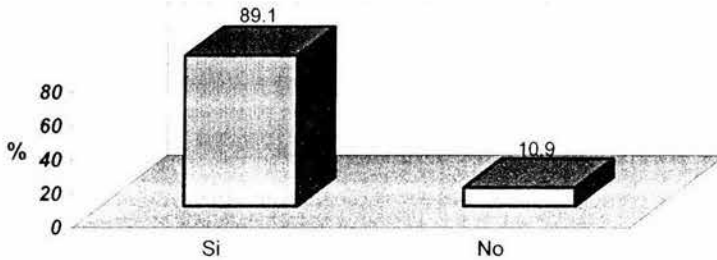
UNAM-ENEO

Cuadro No 29
Cree que puede dejar de beber.

Cree que pueda dejar de beber	F°	%
Si	33	89.1
No	4	10.9
Total.	37	100

Fuente misma del cuadro No. 1

GRAFICO NO. 29
Cree que pueda dejar de beber de
Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 29

UNAM-ENEO

Cuadro No 30
Que factores considera tener a empujarlo al alcoholismo.

Aspecto familiar	Personales	Emocionales	Sociales
No apoyo familiar	Económicos	Soledad	Fiestas sociales
Desintegración familiar	Laborables	Inseguridad	Amigos
Rechazo de la familia	Relajación por el	Timidez	Laboral
Violencia intra familiar	Alcohol	Depresión	Reunión familia
Perdida familiar	Ocio	Ansiedad	
		Decepción	

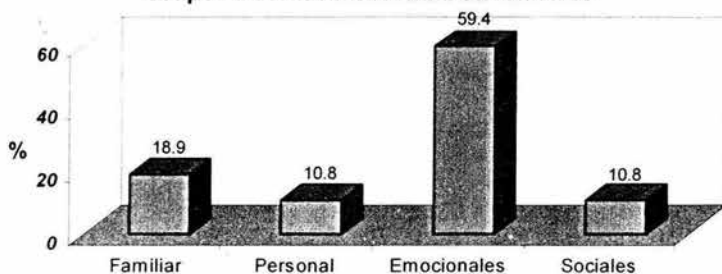
Fuente misma del cuadro No. 1

Clasificación de los factores a empujarlo al alcoholismo

Factores considera tener al alcoholismo	F°	%
Familiar	7	18.9
Personal	4	10.8
Emocionales	22	59.4
Sociales	4	10.8
Total	37	100

GRAFICO NO. 30

Clasificación de los factores a empujarlo al alcoholismo del Grupo A.A. Nuevo Garibaldi en Iztacalco



Fuente del cuadro No. 30