



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

INFLUENCIA DEL GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE INDIVIDUOS ALCOHOLICOS.

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

ROSA LUISA CARMEN QUEZADAS Y FIGUEROA

PATRICIA VILLANUEVA GONZALEZ

CESAREO MORALES VELAZQUEZ

RODRIGO DE JESUS PAEZ MONTALBAN

México, D. F.

1978



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I	Introducción	1
II	Fundamentación Teórica	5
1	Alcoholismo	6
1.1	Definición de alcoholismo	7
1.2	Aspectos del alcoholismo	10
1.2.1	Aspecto biológico	11
1.2.2	Aspecto bioquímico	13
1.2.3	Aspecto genético	15
1.2.4	Aspecto psicológico	16
1.2.5	Aspecto social	23
2.	Tipos de terapia	32
2.1	Psicoterapia de grupo	32
2.2	Rehabilitación en Alcohólicos Anónimos	34
3.	Alcohólicos Anónimos	37
3.1	Antecedentes de Alcohólicos Anónimos	38
3.2	Organización	40
3.2.1	El grupo local	40
3.2.2	Los intergrupos en oficinas centrales de servicio	42
3.2.3	La conferencia de servicio general	42
3.2.4	Grupos AL-ANON y AL-ANON juvenil	43
3.3	Normas	43
3.4	Estudios realizados sobre Alcohólicos Anónimos	47
4.	El alcoholismo en México	51
III	Técnicas y procedimientos de investigación	61
1.	Problema	62
2.	Hipótesis conceptual	62
3.	Hipótesis de trabajo	64

	V
4. Variables	66
4.1 Variable independiente	66
4.2 Variables dependientes	67
4.2.1 Hostilidad	67
4.2.2 Ansiedad	69
4.2.3 Dependencia	71
4.2.4 Depresión	74
5. Selección de la muestra	76
6. Especificación del instrumento	76
7. Diseño	81
IV Resultados y Discusión	83
1. Observaciones estadísticas de la población	84
2. Análisis general	89
3. Análisis de las variables	90
3.1 Hostilidad	90
3.2 Ansiedad	94
3.3 Dependencia	98
3.4 Depresión	102
V Limitaciones del estudio	107
VI Conclusiones	

I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCION.

El alcoholismo es actualmente uno de los mayores problemas sociales que afectan a grandes sectores de la humanidad, tanto por el número cada vez mayor de personas que se ven involucradas en él, como por las consecuencias negativas que acarrea en los campos familiar, económico, cultural y político de los pueblos.

Dentro de los tratamientos y terapias que han sido propuestos para solucionar dicho problema destaca el que ha sido formulado y llevado a cabo por los grupos de Alcohólicos Anónimos, cuyos miembros reconocen el haber logrado dejar la bebida en una forma más efectiva que la alcanzada a través de otras terapias, además de haber encontrado un estado de equilibrio y armonía en todas sus funciones, que les ha permitido la reorganización de sus vidas.

Parece importante analizar dicho fenómeno, ya que algunos estudios anteriores al presente y la misma literatura de A.A. se han dedicado más bien a comprobar la eficacia del movimiento y su extensión y alcance en sectores cada vez más amplios de la población. No se ha estudiado, en cambio, suficientemente, la influencia que este tipo de terapia ha ejercido en algunas características importantes de la personalidad de los sujetos alcohólicos.

En efecto, no basta constatar el hecho de que personas adictas al alcohol pasen períodos cada vez más prolongados, o incluso indefinidos, de sobriedad, sino que es importante analizar el porqué de dichos logros y si ellos conllevan cambios en la personalidad de los enfermos, tales como: la dependencia, la forma de encauzar la hostilidad, el manejo de la ansiedad y el control de la depresión.

El objeto del presente trabajo es el de analizar - los cambios producidos por la terapia de A.A. en aspectos de la personalidad como los descritos anteriormente.

Siendo de tanta importancia la comprensión de la - problemática del alcohólico, sobre todo en sus raíces psicológicas, así como el proceso válido de su rehabilitación, ha parecido relevante conocer mejor los cambios producidos en - ese proceso, tanto para utilidad de quienes llevan a cabo la - terapia en A.A., como para aquellos que desean aprovechar - sus aspectos positivos en otro tipo de tratamientos.

Las limitaciones de este estudio son muy grandes. - Ante todo, el alcoholismo es un problema muy complejo, ya - que es una enfermedad que no tiene una etiología única. De ahí lo incompleto de analizar únicamente cambios en algunas - características psicológicas de los individuos alcohólicos, - sin tomar en cuenta otros factores. Además, en ocasiones no se ha encontrado la colaboración que hubiera sido de desear - por parte de la muestra seleccionada para el estudio, ya sea porque algunos están convencidos de la excelencia exclusiva - de su terapia y ven innecesario tratar de preguntarse el por - qué de su éxito; o bien por la excesiva suspicacia de otros que ven en este estudio una amenaza a su anonimato o una in - tromisión en un problema exclusivamente personal.

En la primera parte de esta tesis se expone la fun - damentación teórica de todo el estudio. Se analizan los - aspectos generales del alcoholismo y las diferentes aproxima - ciones etiológicas del mismo, a saber la biológica, la gené - tica, la psicológica y la social. Luego se habla sobre los - antecedentes, organización, normas, proceso de recuperación - y estudios relativos a Alcohólicos Anónimos. Por último, - se hace una recopilación de los principales estudios sobre - el alcoholismo en nuestro país, y de algunas características de ese fenómeno en la situación mexicana.

En la segunda parte, se exponen las técnicas y procedimientos de la presente investigación. Se enuncia el problema y las diferentes hipótesis que se pretenden investigar. Se enumeran también las variables que se manejan en la investigación y se hace una breve descripción de la muestra que se va a examinar, de los instrumentos de medición que se utilizan y del diseño estadístico con que se analizan los da--tos.

La tercera parte da cuenta de los resultados que son producto de la presente investigación.

En una cuarta parte se presentan las conclusiones a que da lugar este estudio y finalmente se cita la bibliografía general empleada en la elaboración de esta tesis.

II. Fundamentación Teórica

4. Alcoholismo

1.1. DEFINICION DE ALCOHOLISMO.

No se puede abordar el problema del alcoholismo sin referirse, aunque sea de una manera un tanto vaga, a su naturaleza. Muchos autores u organizaciones han expresado su punto de vista sobre una etiología genética, neurofisiológica o glandular; otros lo ven desde el punto de vista de la dinámica psicoanalítica y del condicionamiento; y otros más lo explican desde el punto de vista de lo social, del aprendizaje o de la socialización de los individuos.

Jellinek (1960)¹ ha reunido una extensa bibliografía sobre alcoholismo y clasificado las definiciones de acuerdo a los criterios que se reproducen a continuación.

a). Definiciones que destacan al alcoholismo como una enfermedad psicológica.

"El alcoholismo es una enfermedad (interpretada en términos psicodinámicos) y un reflejo condicionado con componentes en un nivel farmacológico" Wexberg, 1949.

"El alcoholismo pertenece a las enfermedades con stress deprimente, en sus aspectos psicológicos y fisiológicos" Wilkins, 1956.

b). Formulaciones del alcoholismo en términos físicos y fisiopatológicos:

"Una enfermedad química. Un desbalance entre el cerebro delantero y el posterior. El alcohol, al deprimir la función del cerebro anterior, ayuda al escape de la ansiedad. El recurso frecuente a dicho escape establece un reflejo condicionado" Dent, 1941.

"El alcohol actúa como un sustituto del azúcar en la gente cuyas tensiones emocionales generan hipoglicemia" - Berman, 1938.

c). Definición que considera al alcoholismo como un proceso de adicción farmacológica.

"La pérdida del control sobre el uso del alcohol, - cambio de tolerancia, síndrome de abstinencia y el dejar todos los demás intereses en favor de una preocupación por el uso del alcohol, son todos criterios de adicción" Pfeffer, - 1956.

d). Definición que hace referencia a variables psicosociales.

"La adicción al alcohol es una enfermedad dependiente de un estado psicológico y hecho posible por una variable sociológica de actitudes hacia el beber y por el efecto reductor de tensión del alcohol" Ullman, 1953.

Guraieb Ibarrola define al alcohólico de una manera aún más extensa que el autor anterior: "Alcohólico es aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas, que interfieren en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y económico" Guraieb Ibarrola (1976)².

En este contexto, es necesario citar un comentario de Garaudy en el que caracteriza al alcohólico en su relación con el contexto social que lo rodea: "El alcohólico, - el drogadicto, no es un delincuente, sino un enfermo. Y su enfermedad es de origen social. No es posible poner realmente fin al uso de los medios de evasión del mundo si no se crea un mundo que no engendre el deseo de evasión" Garaudy - (1972)³.

A través de la exposición anterior se comprende que es muy difícil, por la complejidad de factores que entran en la génesis y desarrollo del alcoholismo, el llegar a una definición completa y satisfactoria. Sin embargo, por los elementos que la integran, la definición de Mark Keller se ha considerado adecuada para expresar el criterio de los autores de este trabajo: El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo" Keller, 1958 (citado por Guerra - Guerra, 1976)⁴.

1.2. ASPECTOS DEL ALCOHOLISMO

1.2.1. ASPECTO BIOLÓGICO DEL ALCOHOL.

Efecto del alcohol en el organismo. (5)

El alcohol se absorbe rápidamente por el estómago, el intestino delgado y el colon; y, al estar vaporizado puede absorberse por los pulmones.

Las bebidas alcohólicas ingeridas en cantidades moderadas no ofrecen problema alguno, estando sólo contraindicado, por regla general, a los enfermos del estómago y del hígado. Se ha exagerado mucho el valor nocivo de los destilados: no es tanto cuestión de calidad como de la cantidad de alcohol ingerida. La razón estriba en que el alcohol, al asimilarse, se acumula rápidamente en la sangre (alcoholemia) y que pasado cierto límite, se llega a la intoxicación, con síntomas predominantemente nerviosos, como una merma en la capacidad de reflejos y en el estado de alerta.

Los trastornos psíquicos comienzan a un nivel que varía de persona a persona y en relación con multitud de circunstancias, manifestándose en el comportamiento. Cuando el nivel de alcohol en la sangre es bajo, se producen sedación ligera, relajación o tranquilidad. Niveles ligeramente superiores, en algunas personas producen estimulación del cerebro: locuacidad, agresividad y actividad excesiva.

A niveles todavía más altos, puede presentarse una falta de coordinación, confusión, desorientación, estupor, anestesia, coma o muerte. La cifra promedio tomada como peligrosa es 0.8 g de alcohol por litro de sangre.

Entre los pacientes alcohólicos se encuentra eventualmente una destrucción gradual e irreversible del tejido cortical después de beber mucho sostenidamente, degeneración

del tejido nervioso periférico y lesiones circunscritas a la médula, puente, región periscueductal del cerebro medio y -- el lóbulo anterior del cerebelo.

1.2.2. Aspecto bioquímico del alcoholismo. (5) (6).

Al estudiar el aspecto bioquímico, algunos farmacólogos han hecho énfasis en la adicción al alcohol a cuya producción contribuyen los factores de dependencia física y de tolerancia.

La ingestión continua de alcohol produce tolerancia. Esta se refiere a que el sujeto necesita aumentar progresivamente la dosis que consume para obtener los mismos efectos farmacológicos.

La dependencia física se refiere al desarrollo de síntomas de disturbios físicos intensos al cesar la administración del alcohol: posturas convulsivas, espasmos, rigidez, hiperreflejos, salivación, midriasis y conductas aberrantes.

La adicción se presenta cuando hay consumo crónico de alcohol, compulsión dominante para continuar usándolo, tolerancia y al mismo tiempo dependencia psicológica y física.

A partir del alcoholismo crónico o en ciertas situaciones de intoxicación grave o en períodos de abstinencia, se producen ciertas alteraciones patológicas. Una de las primeras manifestaciones psicóticas de los alcohólicos es el "delirium tremens", en el cual aparecen síntomas como confusión mental, excitación psicomotriz, temblores, alucinaciones amenazantes y terroríficas frecuentemente de tipo visual y a veces crisis convulsivas.

La "psicosis de Korsakow" se caracteriza por trastornos de las funciones intelectuales, particularmente por una alteración en los procesos de la memoria que lleva a crisis con ideas confabuladas, alteraciones de la afectividad -

y desorientación espacio-temporal. Este estado, en fases - prolongadas, puede llevar a la demencia.

La "psicosis alucinatoria alcohólica" consiste en - una alteración de todas las funciones mentales que va desde - la incapacidad para atender, orientarse o comprender, hasta - un estado en el que se desconoce totalmente la realidad, en - el cual hay confusión respecto de las cosas que rodean al - paciente.

1.2.3. ASPECTO GENETICO DEL ALCOHOLISMO. (7)

Desde hace mucho tiempo se habla de una relación entre alcoholismo y herencia. Se pensó que la constitución física heredada predisponía a la conducta alcohólica por medio de una degeneración hereditaria. Pero los estudios al respecto fueron casuales y no muy profundos, concluyendo posteriormente en que eran influencias ambientales las que producían el problema. También se ha hablado de que ambos factores son los que causan el alcoholismo.

Dentro de los estudios que se han efectuado con seres humanos, varios reportes concuerdan en que los parientes de alcohólicos tienen mayor propensión al alcoholismo que el resto de la población. Dichos estudios han sido apoyados por reportes de familias con hijos adoptivos y con la comparación de gemelos monocigóticos y dicigóticos. Sin embargo, la mayoría de estos estudios han tenido muestras no significativas o mal control de algunas variables como la edad, no pudiéndose generalizar los resultados obtenidos.

También se ha hecho énfasis en la mayor incidencia de hombres que de mujeres al alcoholismo. Pero sobre este factor se encuentran resultados contradictorios.

Por otro lado, se ha relacionado la incidencia del alcoholismo con los defectos en la visión de los colores. Y aunque ya hay evidencias significativas al respecto, todavía es prematuro afirmar la existencia de dicha relación.

1.2.4. ASPECTO PSICOLOGICO.

ETAPAS DEL ALCOHOLISMO.

Jellinek (8) proporcionó un modelo unidimensional para expresar el proceso del alcoholismo. Ubica a todos los individuos con problemas de alcoholismo en un proceso de cuatro-fases a través de un canal por el cual la persona pasa de abstemio a bebedor y a alcohólico:

FASE I.- Prealcohólica.- El individuo bebe como costumbre social, pero experimentando alivio a sus tensiones y facilita los contactos sociales, hay sensación de bienestar momentáneo. Generalmente considera su mejoría psíquica-debida al ambiente en el que bebe y no por lo que bebe. Sin apreciarlo, su nivel de tolerancia va en aumento; no se denota todavía deterioro físico ni psíquico motivados por el beber. Período de duración variable.

FASE II.- Prodrómica o Alcoholismo Temprano.- El individuo puede exhibir alguna o todas las características siguientes:

Empiezan breves períodos de amnesia ya sea durante o inmediatamente después de tomar: estas experiencias se van haciendo más frecuentes, lo que le provoca angustia. Tiene conciencia de su necesidad de beber, teme quedarse sin provisión de alcohol, lo toma ya sin mezclar y antes de asistir a una fiesta necesita tomarse unos tragos. No se embriaga aunque su nivel de concentración es alto, provocando alteración del metabolismo y del sistema nervioso.

FASE III.- Básica o Decisiva. Crucial pérdida del control de la ingesta de alcohol; una vez que se ha alcanzado el grado de intoxicación completa, el individuo puede abs

tenerse voluntariamente por algunos días o acaso meses para probarse que sí tiene control sobre lo que bebe, pero la compulsión se inicia con la primera copa. Su falta de control la atribuye a causas circunstanciales, siendo en realidad - las tensiones acumuladas el motivo de la ingesta. Arriesga a perder todo: familia, bienes materiales, trabajo: se - vuelve agresivo. Desarrolla una serie de razonamientos para explicar el motivo de su comportamiento, como éstos le fallan, sufre cambios que van de la euforia y grandielocuencia a un estado de aislamiento en el que culpa a todos de su - desgracia. Las promesas de enmienda incumplidas le crean - sentimientos de culpa, hay pérdida total de intereses. Tiene ya serias alteraciones nutricionales y de carácter sexual; con frecuencia es internado por primera vez por complicaciones alcohólicas. Al final de esta fase, empieza a experimentar delirium tremens.

FASE IV.- Crónica. En esta fase, la intoxicación - persiste por varios días, su conducta es realmente ingobernable. Los cambios de personalidad son marcados, hay trastornos del pensamiento, de afectividad, de la voluntad y éticos; marcada irritabilidad y labilidad emocional. Al enfermo le invade un temor vago e indefinido, un temblor le imposibilita a determinados actos, que sólo logra controlar mediante una nueva ingesta de alcohol. Puede empezar el daño cerebral o cirrosis hepática.

A modo de etapas, Jellinek cita además otra definición: "Hay tres factores que deben combinarse para hacer un alcohólico: 1) un factor psicológico que implica alguna patología de la personalidad; 2) un factor biológico que permita la ingestión de bebidas alcohólicas sin notables malos efectos y acompañado de euforia; y 3) un factor "tóxico" - que se desarrolla gradualmente después de años de beber a través de la creación de desequilibrio humoral, y que se ma-

nifiesta asimismo como "craving" por el alcohol" Fouquet 8, 1951.

Teoría psicoanalítica del alcoholismo.

Numerosas referencias postulan que son las frustraciones, las tensiones, la ansiedad y varios otros desajustes emocionales los que ocasionan el alcoholismo. Sin embargo, - eso es una explicación vaga de un proceso patológico ya que - se hace únicamente en términos de características o funciones psicológicas. Se ha considerado al alcoholismo como un desorden secundario, resultante de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo del alcohol y de los factores normativos de adaptación. Al hablar de la "personalidad del bebedor" se han sugerido como características componentes, - el carácter endeble, el desequilibrio emocional, la inadaptabilidad social, los trastornos sexuales y con frecuencia, - en estado de alcoholomanía fuerte.

Pero hay que tomar en cuenta que las frustraciones en la infancia, los fracasos sociales y sobre todo las situaciones de conflicto en el terreno afectivo, pueden originar una especie de "neurosis de fracaso" o "de situación", la cual provoca una depresión nerviosa que el sujeto trata de superar a través del alcohol. Una vez iniciada, esta costumbre tiende a mantenerse.

En cuanto a las características psicológicas manifestadas por los alcohólicos, una de las más prominentes es la ansiedad; ésta es muy frecuente en los alcohólicos crónicos. La ansiedad es un estado aversivo que genera tensión - la cual es reducida por la ingestión de alcohol sobre todo - cuando el individuo no ha aprendido a usar otras formas para reducir ese molesto estado y cuando las costumbres sociales -

facilitan el uso de bebidas alcohólicas.

Algunos autores (Jellinek, 1960) (9) han mostrado - que hay una correlación estadística entre el grado de ansiedad generada por la existencia de inseguridad por un lado, - y el grado de embriaguez por el otro. El uso del alcohol es indudablemente una posible forma de reducir la ansiedad, pero ésta no es una condición necesaria para usar el alcohol.

Otra de las características de los alcohólicos frecuentemente mencionada, es la poca tolerancia a la frustración. No es la variación en los grados de frustración sino las diferencias en la forma de responder a ella lo que ocasiona que se sienta alivio al enfrentarla con la bebida.

Cuando se habla del "escape" de los alcohólicos, se entiende el beber para aliviar la ansiedad y las frustraciones, y para suprimir la hostilidad y otras formas de tensión.

Algunos autores (Wexberg, 1951, citado por Jellinek) (10) han encontrado que los alcohólicos responden a la descripción de los esquizofrénicos, lo que hace suponer la existencia de un factor innato que contribuye a su bajo umbral - de tolerancia a la frustración.

No se ha probado que el alcoholismo sea una neurosis ni se puede decir que un bebedor fuerte presente necesariamente síntomas neuróticos, ya que desajustes menores pueden iniciar el abuso de bebidas alcohólicas.

Un estudio reciente (Sánchez Herrera, 1976, citando a varios autores) (11) ha agrupado algunas de las características de la personalidad alcohólica, que aunque no son presentadas por todos los alcohólicos, aparecen sin embargo en

la mayoría. Dentro de éstas están: narcisismo, tendencias orales, poca resistencia a la frustración, al dolor y a la demora de las satisfacciones, masoquismo culpígeno, escape de la realidad, desinhibición, irresponsabilidad, autodes-trucción, inadaptación, ansiedad, inmadurez emocional, hipocondria, introversión, irritabilidad y poco control sobre el propio humor, falta de intereses en la vida, falta de persistencia en el trabajo que implique esfuerzos, deshonestidad, sentimentalismo superficial y dureza hacia las relaciones hu-manas y otros valores culturales.

Por otro lado, García Cisneros (1966) (12) apunta como rasgos de la personalidad del alcohólico:

Deficiente identificación. En estas condiciones se presentan tendencias homosexuales inconscientes, que se van a manifestar como rasgos paranoides, que los hacen muy susceptibles a la crítica, desconfiados y cautelosos.

Rechazo a la figura de autoridad. La personalidad del padre al no permitir la identificación, causa un rechazo hacia todo lo que signifique autoridad, y esto incluye la figura del médico.

Fijación oral. Dinámicamente hay una frustración en esta etapa que deja tendencias a calmar la angustia con rasgos orales en cualquiera de sus formas.

Dependencia. Frecuentemente existe el dato de de--pendencia a la figura materna sobreprotectora, que posterior-mente se transforma en dependencia al alcohol.

Agresividad. Por las constantes frustraciones tie-ne un gran montante de agresión que no puede manejar, y reac-ciona en forma ansiosa o la regresa contra sí mismo, dando-

por resultado la depresión y su obstinada tendencia autopunitiva en su forma de tomar.

Inmadurez. Como resultado de una evolución defectuosa desde el principio, las siguientes etapas del desarrollo de su personalidad son deficientes; esto da por resultado su gran egocentricidad e intolerancia a la frustración, y muestra rasgos neuróticos y sociopáticos como: juicios poco realistas, fabulación, negación, irritabilidad, etc."

Son diversas las alteraciones que el alcohol causa en el organismo, en el aspecto intelectual una dificultad de comprensión y de atención que vuelve inestable y fácilmente fatigable al sujeto. La sensopercepción se ve entorpecida; el flujo de ideas es lento, la capacidad de abstracción y síntesis disminuye, llegando en los casos agudos a aparecer la incoherencia asociativa. La memoria inmediata se altera, olvidando el paciente hechos recientes (lagunas) que trata de llenar con fabulaciones.

El área afectiva se ve seriamente amenazada, hay cambios en los valores morales y éticos; los afectos son superficiales y conflictivos con marcados cambios en el humor, lo que deriva en fases depresivas. La voluntad se debilita en todos los campos de la actividad, y se hace más patente ante la imposibilidad de abstenerse de beber, el individuo constantemente para disculpar su conducta.

TEORIA DEL APRENDIZAJE.

Según la teoría del aprendizaje (Yates, 1973) (13)- el alcohol tiene un efecto recompensante en el individuo porque reduce inmediatamente la pulsión. Funciona de dos formas principalmente: primero, puede reducir el estado de déficit fisiológico y segundo, puede reducir las respuestas

de ansiedad y sus estímulos concomitantes, fortaleciendo con ambas funciones las conductas que lo preceden. El alcohol - llegará a ser el método dominante o preferido para reducir - la pulsión cuando cumpla con las dos funciones. Aquí interviene el condicionamiento operante, ya que una persona en es tado de ansiedad o de privación fisiológica ensayará varios- métodos para reducir el nivel de la pulsión, hasta que se en cuentre con el alcohol.

El hecho de que predomine la ingestión de alcohol - aún cuando puede causar muchos sufrimientos al individuo, se explica señalando que los efectos del alcohol refuerzan inme diatamente y predominan sobre los efectos, no reforzantes - más remotos del castigo social y de los efectos reductores - de ansiedad del castigo anticipado, ya que el alcohol mismo- puede reducir el efecto de estos últimos, al menos temporal- mente.

Ya antes también se ha relacionado el alcoholismo - con la extraversión-introversión, encontrando que los alcohó- licos introvertidos (comparados con los extrovertidos) ad- - quieren respuestas condicionales más rápidamente y las extin guen más lentamente; responden mejor a terapia de respuestas condicionadas y recaen menos frecuentemente: se benefician - poco de una organización como la de Alcohólicos Anónimos; y hablan de menos fenómenos de pérdida de memoria y con menor- probabilidad entran en el estadio preliminar de Jellinek; - son más frecuentes bebedores solitarios y, son bebedores - constantes más que explosivos.

1.2.5 Aspecto Social.

El alcoholismo como conducta desviada.

Existen individuos que no aceptan fácilmente las normas sociales sino que incluso las rechazan abiertamente. Lo mismo sucede con los grupos que comparten valores o significados distintos al resto de la sociedad, a veces hasta llegar a fomentar una desviación "sistemática", según la expresión de Lemert (1951) (14) cuando el grupo tiene lazos de cohesión, comunicación de práctica, rapport y una común racionalización de su conducta. Se suele catalogar a los alcohólicos dentro de los grupos de esta naturaleza. En una encuesta realizada por Simmons (1965) (15) a la pregunta de "quién es un desviado", un 49% respondió que los homosexuales, un 47% que los drogadictos, un 46% que los alcohólicos, un 27% que las prostitutas, un 22% los asesinos, etc. Otras características de desviación obtuvieron menos de un 20%.

Existe un límite de tolerancia de parte de la sociedad hacia aquéllos que, como los alcohólicos, violan las normas explícitas o tácitas en la conducta de beber. Dicho límite está en relación con el grado en que se tolera o castiga el "exceso", según patrones culturales muy variados. Siguiendo a Clinard (1968) (16) se puede decir que "sólo aquellas desviaciones en las que la conducta está en una dirección no aprobada, y con suficiente grado como para exceder el límite de tolerancia de una comunidad, constituye una conducta desviada". Muchas veces la sociedad reacciona no ante el acto desviado en sí sino respecto de como ha sido etiquetado previamente. No se repudia al transgresor sino al individuo que ha sido sorprendido y puesto en evidencia. El etiquetar de esta manera a una persona puede convertir su problema, según la expresión de Cohen (1966) (17) en un "carácter desviado"-

e iniciar un proceso circular, generalmente hacia una mayor-desviación o hacia la integración del desviado en un grupo o movimiento más o menos organizado en el que se agudizará su problema.

El alcoholismo es considerado como una desviación en la mayor parte de las sociedades occidentales. Se lo mira como fuente de muchos y graves problemas sociales actuales. No se cae en la cuenta, sin embargo, que es muchas veces la misma sociedad la que fomenta y genera la excesiva ingestión de alcohol. Dentro de las contradicciones y problemas de la sociedad está una de las causas más comunes del alcoholismo.

El alcoholismo como problema social.

El alcoholismo es un problema mundial. Aún cuando existen algunas culturas que no usan el alcohol en un contexto social, éstas son muy pocas, más bien excepciones. Aproximadamente sólo el 4% de la población francesa es abstemia, así como el 20% de la alemana y la polaca (Bourne y Fox) (18). En el Japón la bebida es universal y parte de la vida misma, tanto que se ha recurrido a un tratamiento para sensibilizar el organismo con un compuesto de cianamida, lo que permite a las personas que ingieran hasta 200 ml. de sake diariamente sin perturbar su vida diaria. Según la Dirección de Salud Mental hay en México 59.18 alcohólicos por cada diez mil habitantes, lo que daría un total, para una población de 60 millones de personas, de unos 350 000 enfermos (citado por Guerra Guerra, 1977) (19) Podrían citarse estadísticas que manifiestan la extensión de este problema en casi todos los países y culturas. Sin embargo, la conducta de beber es parte integrante y muy importante de la cultura de todos esos países y no es fácil establecer el límite en donde la tradición cede el paso a los problemas y a la desviación de las normas.

Para considerar la existencia del uso y abuso del alcohol es necesario analizar las normas y costumbres de la sociedad o grupo étnico en el que se presenta el fenómeno. Los hábitos de la bebida pueden ser considerados como verdaderos rituales en algunas ocasiones y estar restringidos a determinadas ceremonias, en donde todo será permitido mientras el comportamiento no rompa con lo que ha sido aceptado por el grupo. La existencia de anomalías no se da independientemente, sino que está ligada a las costumbres vigentes en el grupo. Si las recompensas y los castigos están relacionados con el hábito de beber, es poco probable que el acostumbamiento ocurra; pero si los hábitos son independientes de las otras costumbres es posible que las normas sean violadas sin que esto se note. Es por ello que al buscar una explicación a las causas del abuso del alcohol sea suficiente el saber que el hombre bebe como acto social para calmar sus angustias y tensiones; los efectos psicológicos y fisiológicos del alcohol sobre el organismo no explicarán las variadas patologías en las distintas culturas, si no se considera también la etiología de los factores socio-culturales.

Tanto en Italia como en Francia, por ejemplo, los niños aprenden a beber desde pequeños. En los Estados Unidos (Maddox, 1970) (20) se empieza a beber durante la adolescencia y para los 18 años muchos jóvenes ya establecieron el patrón de beber. Generalmente los jóvenes toman su primer trago en su casa, con la anuencia de sus padres e influidos por ellos. Influyen también factores tales como clase social, sexo, religión, grupo étnico y residencia rural o urbana. Kimes (1969) (21) contradice a Maddox al encontrar que en ciertos estados el 52% de los jóvenes bebieron por primera vez con amigos, fuera de su casa. Los jóvenes reportaron que bebían porque deseaban la aprobación de sus amigos y padres, y porque querían prepararse para desempeñar sus roles correspondientes en la sociedad adulta.

Otra forma de comprobar que el beber en exceso es - aprendido es comparando la proporción de alcohólicos con bebedores "fuertes" entre diversos grupos étnicos y culturales. Los judíos alcanzan un promedio bajísimo de alcoholismo en - comparación con los irlandeses (Mc Carthy, 1959; Pittman, - 1967) (22).

Nuestra sociedad hace un uso muy amplio de las bebidas alcohólicas, uso que es aprobado por ella misma incluso desde edades muy tempranas. Hay bebedores sociales y controla-- dos, que generalmente ingieren bebidas alcohólicas por motivos de convivencia y de ceremonia. Hay también bebedores excesivos, que lo hacen para intoxicarse, en una práctica cada vez más absorbente y compulsiva. Hay, por fin, bebedores "Fuer-- tes" que ingieren grandes y regulares cantidades de alco-- hol pero no se desvían mucho de las normas sociales. Clinard (1968) (23), por ejemplo, define a los alcohólicos como - "aquellos bebedores excesivos que se desvían marcadamente de las normas de beber por la frecuencia y cantidad de su consu-- mo de alcohol y por el tiempo y lugar no convencionales elegidos para beber".

No existe un límite claro y preciso entre el bebedor - ocasional o consuetudinario, cuya conducta es aprobada y aún fomentada por la sociedad, y el alcohólico, que es duramente reprimido y rechazado por la misma sociedad que lo produjo.- De ahí la ambivalencia que suelen presentar las actitudes - ante el alcoholismo. El sujeto alcohólico, a decir del Comité de Expertos en Salud Mental (citado por Clinard, 1977) - (24) "está envuelto en un proceso circular en el que su exce-- sivo beber crea problemas adicionales para él, que sólo puede enfrentar con la ayuda de más bebida". En este estado, no es ya sólo el ser alcohólico lo que es considerado desviado, sino también las múltiples conductas incoherentes y nocivas-

que ejecuta, tales como ausentismo en el trabajo, problemas familiares, accidentes de tráfico o en el empleo, crímenes cometidos bajo el influjo del alcohol, etc.

Ullman (1958, citado por Clinard) (25) ha demostrado que "si la conformidad a los estándares de beber es apoyada por la cultura entera, o por la subcultura, habrá bajo porcentaje de alcoholismo. El mismo autor dice que " en cualquier grupo o sociedad en el que los hábitos de beber, los valores y las sanciones, junto con las actitudes de todos los segmentos del grupo o sociedad, estén bien establecidos, conocidos y aceptados por todos y consistentes con el resto de la cultura, el porcentaje de alcoholismo será bajo". El mismo estudio llegó a la conclusión de que donde hay un conflicto presente en una sociedad, habrá agresión, pero si el conflicto está ausente, impulsos sociales y amistosos acompañan y predominan durante la conducta de beber. En el libro ya citado, Jellinek (1960) (26) expone como hipótesis de trabajo que "las sociedades que tienen un bajo grado de aceptación del consumo de alcohol en grandes cantidades, estarán especialmente expuestos al riesgo de la adicción aquéllos que, además de una alta vulnerabilidad psicológica, tienen una tendencia a ir contra los estándares sociales. Pero en las sociedades que tienen un grado extremadamente alto de aceptación de un amplio consumo diario de alcohol, la presencia de una pequeña vulnerabilidad psicológica o física será suficiente para exponerlo al riesgo de la adicción".

Son claros, pues, los nexos profundos entre alcoholismo y cultura y múltiples los condicionamientos sociales que convergen en la génesis y desarrollo de esa enfermedad.

Teorías sobre las causas sociales del alcoholismo.

Algunas teorías han querido explicar a la conducta desviada (en este caso al alcoholismo) en función de factores predominantemente de tipo social. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

a) El alcoholismo como resultado de la problemática económica y la desigualdad social.

Esta teoría ve en las enfermedades de la misma sociedad la causa originante de las desviaciones sociales. Se busca y se trata de encontrar una ecuación entre pobreza y desviación, entendiendo por pobreza a la resultante de las desigualdades en la distribución del ingreso en la sociedad.

La posición marxista a este respecto atribuye al sistema capitalista, con su respeto a la posesión privada de los medios de producción, la desigual distribución de la riqueza y la consecuente lucha de clases, la producción de la pobreza y de sus consecuencias: alcoholismo, crímenes, prostitución, etc. Con respecto al problema específico del alcoholismo, se critican las posiciones idealistas, endogenistas, del alcoholismo crónico. Se ofrece la alternativa del sociogenismo, sin que eso rechace la idea de Jellinek de que la personalidad tiene un importantísimo papel en el desarrollo del alcoholismo. Además de ser una enfermedad social, debido a las desastrosas consecuencias que produce, lo es además en cuanto que es prevalentemente condicionada por la estructura económico-social, en este caso por la sociedad burguesa. Se insiste en las condiciones en las cuales las personas, sobre todo los trabajadores, son empujados a beber. Se cita el agotamiento, el cansancio con que se regresa a la casa después del trabajo, las malas condiciones económicas de los trabajadores, la larga jornada de trabajo, la desocupación o inestabilidad en el trabajo, la monotonía del mismo, el insuficien-

te salario, la carestía de los alimentos (hay que tener en cuenta que el alcohol da 7 calorías por gramo, lo que lo hace un "alimento" energéticamente barato), el nivel cultural, la propaganda persistente y pernicioso, etc. Citado por Lertora, Engels (1965) (27) se refiere a esto mismo cuando dice "el alcoholismo es una dañosa herencia del pasado, una infame supervivencia del sistema capitalista".

Sin embargo, esta posición de tipo básicamente económico no parece explicar a la sociedad el problema de la desviación, ni el problema del alcoholismo. Hay porcentajes muy elevados de pobres entre las personas no desviadas, no alcohólicas. El alcoholismo pertenece a todas las clases sociales. Si bien la existencia de factores sociales y económicos es muy importante en la génesis del alcoholismo y de otras desviaciones, es de igual importancia la influencia de otro tipo de factores concomitantes, de naturaleza no económica.

b) La teoría de la anomia. En la sociedad actual se preconizan status más elevados de vida como los más deseables, pero no se proporcionan en la misma medida los medios para alcanzarlos. La frustración producida por la dificultad de alcanzar dichas metas produciría un tipo de personas alienadas, campo propicio para la desviación, y en este caso, el alcoholismo. Merton (1964) (28) busca descubrir por que la conducta divergente varía en las diferentes estructuras sociales, y la presión que estas ejercen sobre ciertas personas orillándolas hacia una actitud inconformista. Distingue dos elementos como de mayor importancia en las estructuras sociales: los objetivos o metas culturales y las normas institucionales. Los primeros consisten en intereses definidos por los que vale la pena esforzarse y son legítimos para todos los individuos de la sociedad. Las normas se encargan de definir, regular y controlar los modos admisibles de alcanzar esos objetivos. Si el individuo tiene aspiraciones elevadas y pocas oportunidades de alcanzarlas, su conducta será divergente. Merton distingue un cierto tipo de conductas adap-

tivas, según sean los valores culturales y la posición que ocupan los individuos en la estructura social. Menciona el conformismo, la innovación, el ritualismo, el retraimiento y la rebelión. En el retraimiento se rechazan tanto las metas culturales como los medios institucionalizados. Los individuos están en la sociedad, pero no le pertenecen. Renuncian a las metas prescritas y se salen de las normas establecidas por la misma sociedad. Aquí incluye Merton a los drogadictos, a los vagabundos, a los alcohólicos, etc.

Esta teoría da por un hecho que el alcoholismo es mucho más común entre la gente de clase social baja, lo que no está demostrado. Además, es difícil establecer cuáles son las metas culturales universalmente apreciadas y deseadas por toda una sociedad, sobre todo si ésta es moderna, industrial y compleja. Los alcohólicos y otros grupos consideran sus costumbres y metas como anteriores y más importantes que los de la sociedad en general. Tal vez esta teoría confunde los efectos de una problemática más profunda en el alcoholismo y demás desviaciones y los pone como causa de la misma.

Es muy difícil llegar a establecer una etiología única del alcoholismo. Posiblemente no existe un factor específico que pueda citarse como causa de este problema, que a veces se ha atribuido erróneamente a las solas alteraciones constitucionales o biotipológicas, a las socioculturales o a las psicológicas. Con respecto a este último aspecto, se ha querido atribuir a los elementos que determinan la personalidad del sujeto la causa más directa en la génesis de la enfermedad. El conflicto entre tendencias que no pueden ser reprimidas conscientemente, entre la necesidad imperiosa y aceptada de adaptación al medio y entre la presión de los principios ético-religiosos puede alterar el funcionamiento de la-

personalidad haciendo más fácil el desencadenamiento del alcoholismo. Sin embargo, no está probado ni ha sido establecido con claridad el mecanismo que produciría esta enfermedad como resultado de procesos predominantemente psicológicos. - A decir del Dr. José L. Patiño (citado por Guerra Guerra) - (29) el alcoholismo no constituye una entidad ni es tampoco un síntoma, sino que "es un acompañante de cualquier tipo de personalidad y de cualquier patología psiquiátrica". Es decir, puede compararse a las neurosis, oligofrenias, epilepsias, etc., acompañantes de tantos cuadros patológicos.

Resumiendo, el alcoholismo es un problema que no puede ser reducido a un solo factor. Hasta el momento sólo puede decirse que tanto los factores genéticos, fisiológicos, metabólicos o nutricionales tienen necesidad de factores psicológicos y socioculturales para conseguir la precipitación del establecimiento y desarrollo de la enfermedad alcohólica.

2. TIPOS DE TERAPIA

Las terapias para alcohólicos son variadas dependiendo de la personalidad del sujeto, de las características particulares que presente su enfermedad, del medio social en el cual se desenvuelva y aún de los recursos materiales de que se disponga para rehabilitarlo. Pueden llevarse a cabo tratamientos psicoterapéuticos de diferente tipo como son el psicoanálisis, las terapias conductuales o la quimioterapia, la psicoterapia de grupo y la psicoterapia tipo Alcohólicos Anónimos. Por la importancia que revisten para el presente estudio, se considerarán únicamente las dos últimas.

2.1 PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Después de que un sujeto ha sido desintoxicado de alcohol por medio de quimioterapia, generalmente se le involucra en una psicoterapia de grupo. Muchos pacientes llegan a adquirir un estado depresivo después del período de desintoxicación y se encuentran desorientados respecto a sus futuras actividades, por lo que no se les prescribe su salida del hospital en el que han sido tratados y son involucrados en una terapia de grupo hasta que se logran estabilizar sus intereses, necesidades y principalmente su vida de relación con los familiares; aún después de que han egresado del hospital se mantiene incluso control sobre ellos mediante la asistencia a la psicoterapia. Los sujetos necesitan psicoterapia de apoyo después de que abandonan el hospital, para lograr ahuyentar la soledad, la cual es una de las principales causas de recaídas (Carrere y Seguíer, 1965) (30). "La psicoterapia de grupo ayuda al paciente a admitir su enfermedad, le da soporte social y estimulación, y es importante en el manejo de su dependencia afectiva" (Solari, 1970) (31).

El principal fin de la psicoterapia de grupo es lograr un cambio en la personalidad del sujeto, y uno de los medios para lograrlo es el mantenimiento de su sobriedad. Durante el período de desintoxicación, la sobriedad está bajo el control de los médicos; pero a medida que se externa, la sobriedad debe mantenerla él mismo.

El apoyo principal que recibe el alcohólico proviene de los mismos miembros del grupo. El hecho de que todos tengan un problema que es primordial en sus vidas, hace que se cree una atmósfera de comprensión para los demás problemas que tienen los miembros y seguridad de que serán escuchados y ayudados. Técnicamente se ayuda a los miembros, informándoles acerca de los efectos del alcohol en el organismo, se les proyectan filmes o se les dan conferencias por especialistas acerca del problema general del alcoholismo, etc. En un procedimiento típico de psicoterapia de grupo (Ramírez, 1972) (32), se exponía a cada sujeto la naturaleza y manifestaciones de su enfermedad, los planes para su tratamiento, procurando hacerles comprender que están usando el alcohol como un medio frágil de escapar a situaciones perturbadoras. Luego, se les involucraba en sesiones en las que participaban algunos familiares y alcohólicos rehabilitados, y por último, se promovían discusiones sobre una escala de situaciones socialmente frustrantes, durante las cuales cada sujeto exponía de qué manera se comportaría en cada situación. En el Pilgrim State Hospital de West Brentwood, N. Y., se involucraba en discusiones a los alcohólicos para que desarrollasen su capacidad de comunicación con otros sujetos. Los mismos miembros del grupo proponían los temas a discutir; la coordinación era rotativa y correspondía siempre a cada uno de los miembros, todos los cuales eran pacientes alcohólicos del hospital (Schual, Salter y Paley, 1971) (33)

2.2 REHABILITACION EN ALCOHOLICOS ANONIMOS.

Los principios que rigen a la organización de AA, carecen completamente de un tipo de terapia técnica que permita evaluar sus resultados en comparación con otro tipo de tratamiento. Iniciado el movimiento por personas carentes de conocimientos técnicos en psicoterapia, fue desarrollando - sin embargo, principios y métodos similares a los de la terapia del comportamiento y la psicoterapia de grupo.

Los presupuestos principales sobre los que se basa la-rehabilitación según la literatura de A. A., son los siguientes:

a) El alcoholismo es una enfermedad física y psicológica incurable, a la cual es necesario controlar. Para ello, - el primer paso consiste en lograr que el enfermo deje de ingerir bebida alcohólica alguna; por ello, dicen que el proceso de recuperación se inicia con el sincero deseo de dejar de beber. De manera intuitiva, los A. A. han diseñado una - serie de reglas morales para asegurarse de que el sujeto se-sienta comprometido de manera total en su empresa, mediante-el conocimiento claro acerca de los efectos del alcohol y el convencimiento de que éste es "malo" y la sobriedad es "bue-na".

b) Otro punto importante es lo que ellos llaman "tocar fondo", increpando al sujeto para que se sienta culpable - frente a las personas a las cuales ha hecho daño de alguna - manera. Se espera que después de ello el sujeto sienta deseos de cambiar sus conductas, y lo haga efectivamente, involu-crando con ello un trastocamiento en sus actitudes respecto-a sí mismo y a su contacto con otros sujetos.

c) Otro supuesto indica que el alcohólico carece de "voluntad propia" para dejar de beber, de ahí que debe ser controlado por el grupo, por el padrino, las reuniones, la literatura, etc. De ello, se deriva una cierta dependencia del sujeto hacia su grupo. Por otro lado, no se le puede pedir al enfermo simplemente que deje de beber; es indispensable que dada su fragilidad, deje de beber HOY, un hoy que deja la posibilidad de beber al día siguiente. Tal dependencia, está apoyada en el concepto de un Ser Superior que protege y ayuda, quien proporciona un carácter carismático al grupo, mediante la afiliación al cual, la rehabilitación tiene muchas probabilidades de ser efectiva. Un último aspecto de este tipo de rehabilitación es el proselitismo.

d) El alcohólico es habilitado por la convivencia con sus compañeros y por la literatura, para atraer a otros alcohólicos que necesiten recuperación; los A.A. van a hospitales y cárceles donde tratan de atraer a sus amistades y parientes con problemas de bebida, para iniciar con ellos el proceso de recuperación.

La efectividad de la "terapia" se basa principalmente en el apoyo que tiene el sujeto para superar el problema del alcoholismo; en el grupo de A.A. se le comprende, se le permite hablar de sí mismo, de sus problemas y alternativas y se le anima a dejar la bebida. La atracción de esas recompensas, es muchas veces mayor que los posibles sentimientos de rechazo a la autoridad del grupo o de Dios. Es de notarse que A.A. reporta siempre el creciente desarrollo de la institución y altos índices de sujetos que permanecen sobrios mientras se encuentran en su seno.

Sin embargo, se ha probado (Trice y Roman, 1970) (34)- que hay ciertas características de los sujetos afiliados a A.A. que hacen más efectiva la rehabilitación, como necesidades de afiliación, dependencia del grupo, estabilidad física anterior a los intentos de afiliación. Los autores concluyen que "... las predisposiciones psicológicas, más bien que los atributos sociales son predictores de éxito en A.A., y con mayor generalidad, se concluye que los rasgos psicológicos - fijados son importantes en el éxito de un régimen socioterapéutico".

Por otro lado, como se dijo al principio, los A.A. utilizan diversos tipos de técnicas para lograr una efectividad mayor en el proceso de rehabilitación. Por ejemplo, Bassin - (1975) (35) expone la técnica de modificación conductual en A.A. por medio de la economía de fichas. Cada miembro que ingresa a un grupo que maneja esta técnica recibe una ficha roja, la cual conserva durante su primer mes de abstinencia, - después del cual, se le cambia por una ficha blanca que conserva durante tres meses más si permanece sobrio; después de cuatro meses de abstinencia, se le recoge la ficha blanca y se le entrega una ficha azul que conserva durante ocho meses más. Cuando ha cumplido un año sin beber, recibe un dólar de plata, el cual le es entregado al cumplir cada año de abstinencia.

Anant (1968), (36) reporta el tratamiento exitoso de una modalidad de terapia aversiva con miembros de A.A. Se le enseña al sujeto a relajarse, y se le sugestiona para que se visualice como un tomador, se sienta mal y por último, llegue a vomitar.

3. Alcohólicos Anónimos

3.1 Antecedentes de Alcohólicos Anónimos.

A.A. nace en la época de los años treinta, una época de profunda crisis económica y plagada de conflictos a nivel mundial. En los Estados Unidos se agudizaron problemas como el desempleo, el crimen organizado y la delincuencia. La inseguridad económica y las fricciones internacionales se reflejaban en diversas conductas desviadas como el alcoholismo. No es por azar que en esa misma época surgieran grupos humanitarios que pretendieran resocializar sujetos desviados que amenazaban en conjunto el poderío y el avance económico del país, que necesitaba reponerse de la crisis mediante la producción masiva. En este cuadro es donde se inician las actividades de un movimiento religioso evangelista, el "Grupo - Oxford", dedicado a la rehabilitación de alcohólicos. Sus postulados, completamente moralista-religiosos, presionaban a los sujetos para que admitieran su impotencia para solucionar su problema, procedieran con honestidad, hicieran un examen de conciencia confesando los defectos propios, repararan y restituyeran las relaciones anómalas que existieran entre ellos y otras personas, se dedicaran a yudar a otros necesitados sin esperar ninguna ganancia o prestigio personal, pidieran ayuda a Dios para que por medio de la meditación pudieran practicar estos principios, etc.

Esto sirvió de base para que un exalcohólico cuyo nombre sólo se registra como Bill W. comenzara a reclutar alcohólicos con el propósito de rehabilitarlos. Con la lectura que hizo del libro "Variedades de experiencias religiosas" de William James, (37) comienza sus trabajos.

Según James, las dos actitudes que se pueden adoptar frente a la religiosidad son las de "equilibrio mental" y las del "alma enferma". La primera manifiesta despreocupación y optimismo, la segunda melancolía y pesimismo. James -

considera que esta segunda actitud tiene un ámbito más amplio de experiencia, pues son los males quienes nos hacen comprender mejor el significado de la existencia. Hay "almas nacidas de una vez" y almas que necesitan renacer para alcanzar la unificación característica de la religiosidad. El proceso de doloroso conflicto interior (conversión), se resolverá gradualmente, por lisis, o inesperadamente, por crisis. - Basado en esos principios inicia su labor entre sujetos con problemas de alcoholismo.

Sin embargo, algunos fracasos lo hacen replantear los principios y técnicas empleadas. Particularmente descubrió que no se podía exigir de todos los sujetos una misma respuesta a las experiencias religiosas.

En la búsqueda de nuevos miembros que estuvieran dispuestos a seguir juntos un proceso de recuperación, encontró a un sujeto que sólo está registrado como Dr. Bob, con quién a partir de junio de 1935, fundó la Asociación de Alcohólicos Anónimos.

En 1939 editaron el primer libro de la Asociación titulado "Alcohólicos Anónimos", considerado por ellos como la "espiná dorsal" de la cual arranca toda su literatura posterior.

Aunque no se registran fechas, el movimiento se extendió por varias ciudades de Norteamérica, impulsado en parte por las publicaciones aparecidas en diferentes editoriales que versaban sobre los trabajos realizados por la organización. La creación de grupos tomó modalidades diversas según la demanda y las oportunidades que se tenían para atenderlos. Por ejemplo, se registra que algunos grupos fueron formados por hombres de negocios que viajaban a diferentes ciudades y que pertenecían a A.A. Otros grupos eran formados espontáneamente y se registraban por medio de correspondencia.

Actualmente existen grupos de A.A. en todo el mundo, - que trabajan por mantenerse sobrios y hacer crecer la organi- zación.

3.2 Organización.

A.A. ha organizado una serie de servicios para hacer - más efectivas sus funciones, tanto para los sujetos que se - encuentran dentro de la asociación como para los alcohólicos que no han sido reclutados. Cuenta con : Grupos Locales, Intergrupos u Oficinas Centrales de Servicios, Conferencia de Servicio General y el Graprevine.

3.2.1 El grupo local.

Sus principales objetivos son el mantener a los suje-- tos afiliados en su seno y difundir sus principios a los alcohólicos de la localidad. Su estructura interna requiere de un Comité Organizador que supervisa las funciones de apadri-- namiento, administrativas, reuniones y formación de casinos y clubes. Generalmente se elige durante las reuniones a los - miembros del Comité, quienes son sujetos de confianza.

No se acepta dinero como donativos o herencias de per-- sonas que no sean miembros de A.A.; si las necesidades del - grupo son mayores, se piden préstamos a bancos y a particula-- res.

El Apadrinamiento.

Dentro de cada grupo, el apadrinamiento es un servicio que consiste en prestar ayuda a los recién llegados. Uno de-- los miembros más antiguos se hace responsable del ingresado-- proporcionándole orientación, tranquilidad y bienestar den-- tro del grupo para facilitarle su adaptación. Se encarga de--

presentarlo a los demás miembros y de ayudarlo a conocer y - comprender el programa de recuperación de A.A., basado en su propia experiencia y en la literatura de A.A. Se aboca a lograr que esté convencido de que es realmente alcohólico, anmarlo para que asista a las reuniones, estar cerca de él cuando tenga un problema especial que lo pueda llevar a beber, ayudarlo a comprender los doce pasos y las tradiciones, sin imponerle interpretaciones personales, inducirlo a que empiece a participar en las actividades del grupo, alentarlos para que ayude a otros alcohólicos y entrevistarse con sus familiares para explicarles el programa de A.A. En general, el padrino asegura al nuevo miembro que hay por lo menos una persona que lo entiende y a quien puede dirigirse cada vez que tenga una duda o problema relacionado con el alcoholismo.

El apadrinamiento ofrece a los miembros más antiguos - la oportunidad de asumir responsabilidades hacia otros miembros. Aquéllos comprenden que ello les ayuda a mantenerse sobrios y seguros, sobre todo por el ejemplo que deben dar a sus ahijados.

El servicio de apadrinamiento se ha extendido a hospitales y prisiones. Estadísticas de 1970 (38) indican que había alrededor de 1,100 grupos que trabajaban en cárceles y hospitales de todo el mundo, con unos 32,000 miembros activos.

Tipos de reuniones.

Las reuniones de grupo sirven para introducir a los nuevos miembros al programa de A.A., para mantener la cohesión del grupo y para invitar a simpatizantes que les orienten en el mantenimiento de su sobriedad. Los tipos básicos de reuniones son:

a) Reuniones abiertas para los alcohólicos, sus familiares y amigos. En estas reuniones algunos miembros cuentan su historia o dan su opinión del programa de A.A.

b) Reuniones públicas en las que se invita a profesionales, sacerdotes, funcionarios, médicos u otras personas - que tengan contacto con alcohólicos para darles a conocer - hechos acerca del programa de recuperación de A.A.

c) Reuniones cerradas para alcohólicos exclusivamente, en ellas se busca que cada miembro se exprese libremente y - que sus dudas sean resueltas.

d) Casinos y Clubes que son lugares de reunión para - los miembros de A.A., manejados por ellos mismos, e independientes de la Institución.

3.2.2. Los intergrupos u oficinas centrales de servicio.

Su principal objetivo es mantener la unión de intereses entre los grupos; se encarga de las siguientes tareas; - proporcionar información a los Grupos Locales; mantener un intercambio de información entre los grupos por medio de boletines o notificando las actividades que llevará a cabo cada grupo; organizar reuniones de intercambio de programas; - coordinar las actividades de los grupos para prestar ayuda - en los hospitales u otras instituciones; dirigir el Centro - de Información Pública de A.A. en la localidad.

3.2.3 La Conferencia de Servicio General.

Es el medio por el cual la Junta de Servicio General - de A.A., ubicada en Nueva York, informa sobre cuestiones - que pueden afectar a A.A.; es uno de los servicios mundiales nombrado la "Voz de A.A." y se efectúa una vez al año.

El Grapevine es una revista internacional de A.A. escrita y editada por sus mismos miembros.

3.2.4 Grupos Al-Anon y Al-Anon Juvenil.

Existen otros programas que se manifiestan en agrupaciones como AL-ANON y AL-ANON juvenil, que pueden seguir los familiares de los alcohólicos o allegados, los cuales comparten la literatura de A.A. y su estructura, y cuyas finalidades residen en la comprensión procesual de los enfermos, así como la de ellos mismos, lo cual es altamente encomiable por los beneficios que les pueden reportar a todos los miembros de la familia, al encontrarse en ambientes similares. Sin embargo, los grupos para parientes son poco numerosos a la fecha en México, por lo cual la situación no deja de ser conflictiva para el alcohólico que ingresa en A.A. porque sus familiares observan la dependencia que el sujeto adquiere en su tratamiento y los problemas de comunicación siguen subsistiendo: anteriormente la ausencia por la bebida y los grupos de amigos, posteriormente por los grupos de A.A. sobre todo durante los primeros años, en los cuales muchos miembros recorren gran parte de ellos, sesionando diariamente.

3.3 Normas.

Alcohólicos Anónimos se autonombra una confraternidad cuyo deseo fundamental es conservar la sobriedad. En tales términos se identifican las reglas que gobiernan al grupo, las cuales se clasifican en dos apartados: los llamados "Doce Pasos", que configuran todo un ideario perfeccionista para cada alcohólico, y las "Doce Tradiciones", que son reglas propiamente dichas, mediante las cuales se dirige el grupo. En ambos casos, las normas están configuradas de una manera tal, que comprometen al individuo internamente, enfrentándolo a sí mismo y a un Ser superior que lo sostiene de posi-

bles recaídas, pero que exige a cambio muchos esfuerzos por parte del sujeto.

En orden a caracterizar al grupo, primeramente presentamos las "Doce Tradiciones" de manera somera.

La primera tradición se refiere al prevalecimiento del grupo sobre las personas. Un alcohólico no es absolutamente separado del grupo. Inclusive, la tradición sugiere que el restablecimiento del alcohólico se realiza dependiendo de la unidad del Alcohólicos Anónimos. La segunda tradición señala que la única autoridad, es la de Dios, pero manifestada en la conciencia de los miembros del grupo. La tercera tradición habla de la libertad; proclama como grupo de Alcohólicos Anónimos a todo aquel que reúna a sus miembros con el "deseo de dejar la bebida". La conciencia del grupo, importante en la cuarta tradición, se conjuga con la liberalidad de la tradición anterior y reglamenta la autonomía de cada grupo. Esto se comprende a la luz de la quinta tradición que proclama que toda la organización y preparación de los miembros de los grupos tiene la finalidad de llevar sus ideas a otros alcohólicos. En cuanto a su política extragrupo, su ideario manifiesta que no se debe prestar el nombre de A.A. para empresas que impliquen inversiones o propiedades, puesto que podría desviarlos de su principal proyecto espiritual (sexta tradición). Además sus servicios, como lo proclama la octava tradición, no deben ser profesionales, es decir, no deben ser remunerados. Y sus opiniones sobre algunas cuestiones políticas o religiosas, no deben involucrar el nombre ni la opinión de A.A. En cuanto a su organización interna, propone que sea la más indispensable, cuidando de no perjudicar a las células de A.A., pero en cuanto están conjugados a niveles nacionales e internacionales, necesitan comités delegados, secretarios, etc. para manejar la información e incrementar la fraternidad; además proclama en la sep

tima tradición, que cada grupo debe sostenerse económicamente, sin ayuda externa de ninguna organización. Las últimas dos tradiciones restringen la acción de los miembros, supeditándolas a las acciones del grupo. El anonimato personal es recomendable y hace ver que son más importantes los principios y las tradiciones del grupo que las mismas personas.

Los "Doce Pasos" se refieren al cambio gradual que deben seguir los alcohólicos en su personalidad y su modo de vivir, contrario completamente al que prevalecía antes de su ingreso en Alcohólicos Anónimos. Como un principio en la transformación del alcohólico, éste debe darse cuenta de lo que es, sujeto a una enfermedad irreversible. En el primer paso, el alcohólico debe percatarse de lo anterior y además, admitir que no puede solo contrarrestar el deseo de beber; la voluntad única del alcohólico no puede resistir la atracción del medio para recaer; necesita, por tanto, la ayuda de otros que le inspiren confianza y le den ejemplo. El alcohólico debe "tocar fondo", es decir, admitir su enfermedad y su impotencia personal para dominarse. El segundo paso recomienda la humildad y la necesidad de asirse a un Ser superior quién es el que le puede devolver el "buen juicio", dicha necesidad se encuentra sólo si se tiene la mente abierta, libre de prejuicios contra la divinidad y la existencia de dicho Ser superior. Este no es necesariamente el Dios de los cristianos, sino otro cualquiera; lo indispensable es creer en un poder superior que los ayude; de allí la práctica de elevar una oración en silencio al final de las sesiones.

En el cuarto paso se debe hacer un inventario de las acciones que el alcohólico ha realizado; en ese inventario se principia por las faltas más evidentes cometidas por el sujeto haciendo daño a otros; debe repasar lo que en la religión cristiana serían los "7 pecados capitales" y discernir en -

cuáles de ellos ha incurrido. El alcohólico debe analizar los instintos que Dios le ha dado, como el deseo sexual, el de seguridad material y emocional y el de poder, y ver si los ha usado como instrumentos de su desarrollo y no como finalidad de su vida. Ejemplos de faltas son la cólera, la envidia y la venganza cuando las otras personas no se adhieren a los deseos del alcohólico.

Consecuencia de lo anterior, es lo descrito por el quinto paso; en éste, se deben admitir las faltas ante Dios y ante otros alcohólicos, a manera de confesión. Esta es la práctica de la humildad recomendada en el segundo paso. El alcohólico no debe quedarse para sí sus defectos, debe comunicarlos a otros en una especie de catarsis que lo llevará a la unidad y a la confianza con el grupo y de esta manera eliminar el aislamiento anterior que había sufrido.

En el sexto, séptimo y décimo pasos, se recomienda al alcohólico que siga pidiendo a Dios le libre de recaídas y le ayude a superar las faltas cometidas, desenvolviéndose con humildad y continuando con el inventario moral de sus faltas, tratando de superarlas en el transcurso de su vida sobria.

El octavo y noveno pasos se refieren al trabajo para remediar los males que el alcohólico ha causado a otras personas. En el octavo se pasa revista a las personas dañadas, con una conciencia serena y objetiva del alcance del daño. Si el sujeto duda, se recomienda recurrir a la experiencia de otros alcohólicos en este paso. En el noveno, se acciona el discernimiento anterior teniendo en cuenta que se necesita de una habilidad para escoger el momento oportuno y la cautela necesaria para confesarse y pedir perdón a las personas dañadas.

Algunas veces no se dice la falta completa si en ella va la reputación o el daño de terceros que estuvieran involucrados; de esta manera no se infiltran nuevas inquietudes en ellos mismos y otras personas.

En el undécimo paso se recomienda al alcohólico que reflexione en Dios, medite y ore para que se sienta seguro ante las circunstancias que va encontrando en la vida diaria. Considera que la oración, la meditación y el examen de sí mismo son fundamentales para entrever la voluntad de Dios que actúa sobre ellos. En este punto, hay otro slogan que es recomendable usar cuando la cólera, el miedo, la frustración o la desesperación se apropian del sujeto en su vivir cotidiano: "es mejor consolar que ser consolado, comprender que ser comprendido, amar que ser amado".

En el último paso, los alcohólicos consideran que a través de todos los pasos anteriores se ha producido gradualmente un despertar espiritual que impulsa a comunicarlo a otros hermanos que padezcan la misma enfermedad. Este despertar es un cambio en la concepción que el sujeto tiene de su vida y del ambiente que le rodea, es una transformación de su conciencia. La base de esa transformación es el amor que el alcohólico llega a sentir por sus semejantes, un amor desinteresado que impulsa a dar, sin esperar que vayan a recompensarlo, es una entrega mediante el ejemplo y la acción sobre los demás, especialmente sobre los otros alcohólicos.

3.4 Estudios realizados sobre A.A.

La organización de A.A., ha sido fuente de investigación para numerosos estudios, principalmente provenientes de Estados Unidos. Las investigaciones y tratados se refieren a estadísticas de los grupos y miembros, así como al enfoque de diversos aspectos afiliativos y terapéuticos de los gru—

pos. Se comienza con las estadísticas que principalmente presentan Bourne y Fox (1973) (39).

En cuanto al número de grupos y miembros, se reporta - que en 1969 se contaba en Estados Unidos y Canadá con 12,274 grupos y en otros países 3,559 con un total aproximado de - 425,000 miembros, una cuarta parte de los cuales eran muje- res.

En la década pasada se llevaron a cabo cuatro estudios importantes acerca de A.A., tres de los cuales realizados a nivel nacional y uno a nivel regional. Uno de ellos es el - de "The A.A. General Service Board" (1968) (40), el cual reportó que en todo Estados Unidos había un promedio de 23.6 - miembros por grupo, y que de éstos, los miembros menores de 30 años eran tan solo el 7.1%; y el 34.0% los mayores de 50- años; el "National Council on Alcoholism" reportó en 1962 - que en Nueva York había 11.4 miembros promedio en cada gru- po, y los menores de 30 años eran 4.5%, mientras que el 35.4% eran mayores de 50 años; en Inglaterra, el "Maudsley Hos- pital of London" reportó en 1964, que había 7.7 miembros en cada grupo, los menores de 30 años eran el 4.0% y los mayo- res de 50 años eran el 32.0%; y el "Finnish Foundation for - Alcohol Studies" reportó en 1961, que en Finlandia había 3.2 miembros por grupo, un 13.7% de los miembros eran menores de 30 años y un 11.9% mayores de 50 años.

Estos datos demuestran que en Estados Unidos era donde existían los grupos más grandes, lo cual quizá siga ocurrien- do hasta la fecha. Así mismo muestran que la mayoría de los- miembros tienen edades que van desde 30 a 40 años.

En cuanto a los alcohólicos que dejen de beber durante su permanencia en A.A., y siguiendo con los datos de Bourne y Fox, se reporta que en 1941, dos de cada tres alcohólicos que llegaban a A.A. con deseos de mejorar, lo lograban. En 1944, las estadísticas de la Oficina General de Servicios de Nueva York, reportan que se recobraban el 75% de los sujetos que seguían el "programa" (ver "Normas"). Escalando anualmente la recuperación, se reportó que 5 miembros se recobraban al final del primer año, 15 al final del segundo, 40 al final del tercero, 100 al final del cuarto, 400 al final del quinto, 2,000 al final del sexto, y 8,000 al final del séptimo. Esta escala indica que en tanto mayor sea el tiempo de permanencia en A.A. habrá mayor probabilidad de recuperación en lo que concierne al abandono de la bebida.

En otros datos de 1955 se observa que el 50% de los ingresados dejaban de inmediato de beber y así seguían; el 25% se mantenía sobrio después de algunas recaídas, y el resto de los que se quedaban en A.A. mostraban mejoría. Muchos de los que iban a pocas reuniones decidían alejarse del "programa", pero dos de cada tres regresaban después de un tiempo.

En 1953, Bonince y Orensteen mandaron 582 cuestionarios por correo a miembros de A.A. de Minneapolis, de los que recibieron 231 contestados. El 63% (149), eran de personas que se encontraban aún en abstinencia.

En 1966, Bill C. reportó que 182 miembros (48 mujeres) pertenecientes a 8 grupos de A.A. en una ciudad del suroeste de Estados Unidos, habían estado sin beber por lo menos un año. De un total de 393 miembros que habían ido a diez o más reuniones, el 47% se mantuvo sobrio por un año. Una curva de probabilidad mostró que 70% de los que estuvieron sobrios por un año, se mantuvo así el segundo año, y el 90% de los que alcanzaban dos años, llegaban a tres sin beber.

En cuanto a estadísticas mexicanas, García Cisneros en (1966) (41) reportó que el 50% de los miembros se mantenían sobrios; un 25% abandonaban el grupo, pero volvían a entrar, y un 25% lo abandonaban definitivamente. El porcentaje de los sujetos tratados por médicos generales y especialistas que eran referidos a algún grupo de A.A. y que efectivamente aceptaban, era del 15% solamente.

7 Carrere y Seguíer (1965) (42) reportan la introducción de miembros de A.A. a las psicoterapias de grupo. En las sesiones se contaba con varios alcohólicos (de 3 a 8), un psiquiatra, un asistente para cuestiones sociales, y de 1 a 3 miembros de A.A. La atmósfera que se creaba con la participación de los A.A. era muy estimulante para los alcohólicos.

Baer y Ordway (1973) (43) administraron una escala de actitudes hacia la marihuana a 40 miembros de A.A. y 40 sujetos no alcohólicos igualados por la edad, sexo, educación y estado civil. Demostraron que los A.A. encontraban a la marihuana como nociva para la salud en mayor medida que los no alcohólicos (65% vs. 40%), pero no más dañina que el alcohol (50% vs. 10%). En cuanto a las actitudes hacia los fumadores de droga, los A.A. los consideraron como sujetos incomprendidos en mayor medida que los no alcohólicos (50% vs. 20%), así como la consideración de que eran sujetos que buscaban seguridad (60% vs. 30%); asimismo rechazaron completamente la sugerencia de que los fumadores de marihuana debían ser severamente castigados (0% vs. 15%). Los autores concluyen, revisando sus datos, que " experiencias con algún tipo de abuso de drogas puede proporcionar cierta sensibilidad hacia los individuos con otros tipos de problemas de drogadicción. Sin embargo, los miembros de A.A. toman más seriamente los efectos dañinos de la marihuana que la generalidad de la gente, y reflejan una visión más realista, más informada y menos estereotipada de la droga".

4. EL ALCOHOLISMO EN MEXICO.

El problema del alcoholismo, con todo y ser uno de los más graves que tiene el país, ha sido hasta ahora insuficientemente investigado. En un estudio reciente (Cabildo, 1977) (44) se considera que el alcoholismo aparece en todas sus formas en la población mayor de 14 años, en la proporción del 1.1%; en la población general del país sería del 6x1000, aproximadamente, lo que daría un total de 339,645 casos. De ellos un 4% ha requerido de atención médica o de consulta externa, correspondiendo el 35% (4728 casos) a las psicosis alcohólicas y el 65% (8728 casos) puramente al alcoholismo en sus diversas formas. Sin embargo, hay que considerar, la cifra anterior como bastante conservadora. Según declaraciones del CEMEF (45) hay en el país 2.5 millones de personas con problemas serios a causa del alcohol (1977), a los que habría que añadir un mínimo de otras cuatro personas por alcohólico, que se verían afectadas por las consecuencias de ese mal, lo que daría un total de 12.5 millones de personas que, de una manera u otra, estarían afectadas por el alcoholismo en México. Cabildo y colaboradores (1975) (46) destacan algunas características de la ingestión alcohólica en México. Entre sus conclusiones están las siguientes: uno de cada cinco habitantes adultos de la zona estudiada hace una ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas, lo que es realmente muy elevado (18.69%). El porcentaje de alcohólicos y bebedores excesivos es cinco veces mayor entre los hombres que entre mujeres. Entre los bebedores moderados, el número de hombres es el doble que el de las mujeres. Los mayores porcentajes de alcohólicos y bebedores excesivos se encuentran entre las ocupaciones más primitivas, o que requieren menos adiestramiento. Los índices más elevados pertenecen a la clase económicamente débil; le siguen los de la clase pudiente y se encuentra siempre un mejor grado de salud mental entre las gentes de clase media.

La problemática alcohólica se sigue incrementando en el país, según lo indican otras investigaciones. Un estudio sobre el alcoholismo como problema médico aporta los datos siguientes: (Revista Médico Moderno 1975) (47).

"En México, el consumo de alcohol se está incrementando considerablemente como lo demuestran estas cifras: mientras en 1935 cada mexicano bebía un promedio de 18 litros anuales, en 1960 el consumo llegó a los 35 litros por persona. Se calcula que al terminar 1975 cada mexicano habría bebido un promedio de 50 litros de alcohol".

Según los anuarios estadísticos de la Dirección General de Estadísticas de la Secretaría de Industria y Comercio (48) para el año de 1971 existían en la República Mexicana - 14,892 cantinas, 7,137 pulquerías, 12,057 cervecerías, 19,050 restaurantes, fondas y figones, con un porcentaje de incremento, con relación al año anterior, de 1.7%, 4.7%, 6.4% y 11.5%, respectivamente. Comparando dicho incremento con el de locales educativos, se llega a que en 1967 había por cada jardín de niños, 44 expendios de bebidas; en 1968, 48.1; en 1969, 48.9; en 1970, 51.5 y en 1971, 50.2. Como complemento a dichas cifras, se puede citar la publicación hecha en "Testimonios y Documentos" del periódico El Día (49) que aporta como datos interesantes los siguientes: Se produjeron 22 millones de litros de tequila en 1968, de los cuales 20 se bebieron en territorio nacional. En ese mismo año se produjeron 80 millones de litros de ron. Para 1971 había en la República 158,923 expendios de bebidas embriagantes, sin contar los establecimientos no registrados, que en ciertas regiones son más numerosos que los que operan legalmente.

En la segunda parte de dicho artículo, publicada en el mismo diario el 17 de febrero de 1977 se completa la información estadística señalando que el 31.83% de los expendios de bebidas embriagantes se encuentran en las zonas rurales. En 1971 había 158,923 expendios de bebidas embriagantes de los cuales 108,337 en zonas urbanas y 50,586 en las rurales. Termina el artículo señalado que entre 1935 y 1971 ha habido un alarmante aumento de expendios de bebidas embriagantes en la república, de un 428.33%, es decir, de 30,080 expendios de bebidas embriagantes en 1935 a 158,923 en 1971.

Un interesante artículo resume muchos de los datos que se pueden aportar respecto a este grave problema. (Guraieb - 1976) (50).

Destaca las cifras del Dr. Sandoval Dellecolle, de la S.S.A. según el cual el 26% de los alcohólicos consumen cerveza, el 20% pulque, el 17% aguardiente de caña, el 15% - aguardiente agave, el 3% cognac y whisky. La producción de México en 1971 con respecto a bebidas alcohólicas, fue de - 1,504.6 millones de litros de bebidas, de las cuales el 80% - correspondió a cervezas, el 15% a pulque, 3% a aguardiente - de uva y caña, 1.6% tequila y 0.13% a vinos de uva.

En datos más generales se dice que hay 5.5 millones de alcohólicos en el país, que 20.49 defunciones por cada 100,000 habitantes se deben a la cirrosis hepática alcohólica, - que de 33,231 defunciones por accidentes de tránsito en 1970 el 70% fué debido al alcohol, que el 32% de las personas que se suicidan estaban en estado de embriaguez, el 30% de los - atropellamientos son ocasionados por conductores en estado - de embriaguez, que la edad promedio de los alcohólicos en Mé - xico es de 18 a 30 años y que el 2% del ausentismo en el tra - bajo se debe al alcoholismo. Termina constatando que no hay

buenos métodos estadísticos para determinar el alcoholismo - en el medio rural mexicano.

Analizando más de cerca el área de salud pública, los - datos anteriormente citados tienen una honda repercusión en - el estado de salud de amplios sectores de la población. Una - investigación, (Dájer y otros 1976) (51) sobre tratamiento - preventivo al daño hepático producido por el alcohol, hecha - con 70 pacientes de ese mal, la mayoría del sexo masculino y - que ingerían un promedio de 60 a 100 g. de alcohol diaria - mente por un período promedio de 22.17 años arrojó los si - guientes datos: La edad de inicio del alcoholismo osciló en - tre 3 y 63 años, habiéndolo iniciado la mayoría antes de los - 21. "En el 50% de los casos se señalaron como factores preci - pitantes del alcoholismo a diversas situaciones de relación - social, tales como amistades y reuniones. El 35.8% de los en - ferms se hicieron alcohólicos dentro del núcleo familiar, - donde el alcoholismo constituía una costumbre. 85% de los pa - cientes consideraron al alcohol como perjudicial y 12% lo - consideraron como un alimento. El 81.6% de los pacientes te - nían antecedentes familiares de alcoholismo; 22.3% en su pa - dre, 10.4% en su cónyuge, 8.0% en sus hijos y el resto en - otros miembros de la familia. 73.2% de los pacientes inge - rían el alcohol en compañía de amigos, compañeros de trabajo - o familiares y el 32.9% lo hacían independientemente de los - mismos.

La distribución del alcoholismo fue al margen de la - ocupación y grado de escolaridad de los enfermos. No hubo - casos de sujetos adictos a otras drogas. El promedio de los - enfermos gastaron 401.80 pesos mensuales en alcohol, la cuar - ta parte del presupuesto familiar destinado para la alimenta - ción.

En una conferencia sobre gastroenterología celebrada recientemente (1977) (52) en nuestro país, se dijo que México ocupa el primer lugar en el mundo en enfermos de cirrosis hepática, en personas cuya edad fluctúa entre los 30 y los 70 años de edad; esa enfermedad constituye un problema nacional por la sangría económica que ocasionan los pacientes. Además del problema médico y económico, "el alcoholismo agudo es un problema social por la marginación del individuo y por el oprobio social en que se constituye. Los daños ocasionados a la familia son imposibles de determinar, pero son de suma gravedad". No es pues de extrañar que las defunciones por alcoholismo se hayan ido incrementando con los años. Según datos de la S.S.A. (1977) (53) las defunciones por alcoholismo han ido de 8,515 en 1967 a 12,938 en 1971; estadísticas que abarcan únicamente a las personas tratadas en los hospitales de dicha Secretaría. Por cirrosis hepática, según datos de la S.I.C. (1977) (54), en ese mismo período, hay 9,133 defunciones en 1967 y 10,704 en 1971.

Respecto a los aspectos psiquiátricos del problema, se han efectuado otros estudios. En uno correspondiente al Depto. de Información de la Dirección General de Sanidad Militar (1966) (55), se dice que hay un alcohólico por cada 30 derechohabientes militares.

El mismo autor (García Cisneros y otros, 1970) (56) ha tratado de corroborar las conclusiones anteriores, encontrando rasgos de características de la personalidad del enfermo-alcohólico ya citadas en el capítulo de aspectos psicológicos en este trabajo.

Otros aspectos del problema y sus consecuencias fueron analizados en una mesa redonda celebrada en la Facultad de Medicina de la UNAM (1976) (57), en la que después de seña--

lar al alcoholismo como enfermedad se dan algunas cifras de la SSA según las cuales para 1971 había 160,000 inválidos por alcoholismo en México. Para 1980, con una población prevista de 70 millones de habitantes unos 900,000 inválidos por alcoholismo. Para esta fecha habría alrededor de 3 millones de personas mayores de 18 años que tengan problemas de alcoholismo. Actualmente reciben atención médica sólo un 10% de los enfermos. La adicción al alcohol suele iniciarse entre los 20 y los 40 años, si bien se encuentran actitudes de ebriedad desde los 14. Es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer y ningún factor puede considerarse como único en el desencadenamiento de esta enfermedad.

Se corroboran dichos datos y se aportan otros en una publicación de la UAM (1977) (58) en la que se dice que en 1980 habrá casi 900,000 inválidos por alcoholismo, sin considerar a los bebedores excesivos ni a los alcohólicos que aún no lleguen a los niveles de invalidez. El autor es Coordinador del Centro de Documentación sobre Alcoholismo y Abuso del Alcohol de esa Universidad y de la Dirección General de Salud Mental de la S.S.A. Habla también del carácter patológico del alcoholismo, al que considera como "multifacético" en su clasificación y en su origen; de su enorme costo social, del carácter no hereditario de esta enfermedad, no obstante el que el 50% de los alcohólicos tengan uno o los dos padres alcohólicos y de las complicaciones físicas de esta enfermedad, que hacen que desde hace 10 años se haya mantenido un índice de 20.3 muertes por cirrosis hepática, por cada 100,000 habitantes.

Respecto al costo económico y social del alcoholismo se sabe que (S.S.A. 1977) (59) por ausentismo laboral inducido por el alcohol se pierden 2,000 millones de pesos al año, y más de la mitad de todos los delitos de sangre son cometidos bajo los efectos de la intoxicación alcohólica. Existe -

un estudio (Silva, 1972) (60) sobre las interrelaciones entre alcoholismo y accidentes de tránsito, donde se hace especial énfasis en factores como el huésped (aspectos culturales predisponentes y aspectos psicológicos), el agente patógeno (cantidad, efectos y tipo de bebidas alcohólicas que se ingieren), medio ambiente (vehículos, estímulos, propaganda, expendios de alcohol y frecuencia de accidentes relacionados con la ingestión de alcohol, accidentes, número de defunciones etc.) Cabe citar algunos datos estadísticos de este estudio: en la República Mexicana viven aproximadamente 750,000 bebedores excesivos; uno de cada 29 adultos bebe en exceso, siendo la relación de los sexos entre bebedores excesivos de 1 mujer por 5 hombres; así 1 de cada 160 mujeres beben en demasía. Con datos de 1958 se pudo señalar que en los accidentes de tránsito en el D.F. un 6.9% había ocurrido por intervención del alcohol. En ese mismo año un 15% de los conductores lesionados y un 20% de los peatones lesionados estaban bajo la influencia del alcohol. En las conclusiones se señala que "de todos los accidentes ocurridos en la República, el 7.1% fueron bajo la influencia del alcohol" y que "la intervención del alcohol en los accidentes de tránsito en el D.F. ha aumentado de 6.9% en 1960 a 12.0% en 1971.

Es difícil determinar la edad en que se comienza a beber. La incidencia más frecuente del alcoholismo (Guerra - 1977) (61) se encuentra entre los 25 y los 55 años de edad, la edad más productiva, y es más frecuente en el sexo masculino, en una proporción de 10 hombres por cada mujer. La edad en que se comienza a beber parece ir bajando paulatinamente pues según un estudio (del Hierro y otros, 1976) (62) - llevado a cabo sobre los libros de ingreso de las secciones médicas a las Agencias del Ministerio Público en el D.F., - comprendiendo los libros de 1960 a 1964 y de 1974 a 1975 - correspondientes a la XII delegación y a la Delegación Villa

Alvaro Obregón, los principales resultados fueron los siguientes: el porcentaje de jóvenes de 15 a 25 años de edad con signos de ebriedad, aumentó de un 25.7% en el período 1950-1964 a un 46.8% en 1975. La altura o pico máximo en la incidencia de alcoholismo va de entre los 25 y los 29 años en 1964 al período entre los 15 y los 24 años en 1974. De un total de ingresos (1,244) en 1964 se encontraban en estado de ebriedad 368, (29.5%) mientras que en 1974 sobre un total de ingresos de 7,154, 2,920 personas se encontraban en estado de ebriedad (40.8%) Termina el estudio recomendando se legisle sobre la publicidad cada vez mayor que las bebidas alcohólicas están recibiendo en los medios masivos de comunicación.

Los daños sociales han sido analizados en varias investigaciones hechas con sujetos alcohólicos. Estudiando (Dcón, 1976) (63) 100 casos tomados al azar se llegó a las siguientes conclusiones: El porcentaje del salario destinado a bebidas alcohólicas es variable y va desde un 6 al 20% en una tercera parte, del 21 al 35% en otra tercera parte, un 15% que gasta la mitad de su salario y un 20% que gasta del 60 al 85%. El 78% se etiliza con cerveza, aunque posteriormente toma de todo. Más del 50% de las esposas han sido agredidas físicamente, sin embargo un 80% considera que ellas le han sido infieles. Un 95% de las relaciones sexuales no son satisfactorias, un 40% de las esposas presenta cefaleas tensionales, un 86% de los hijos desprecian al padre alcohólico, y un 40% de ellos se sienten inseguros. Un 28% de los hijos no se explica "como soporta su mamá a tal hombre".

No se puede aducir que sea importante el beneficio que se saca con los impuestos sobre bebidas alcohólicas (161,630,724 pesos anuales) a la industria cervecera ((Guerra 1977) (64) si se compara dicha cantidad con la pérdida por accidentes de tránsito, que en un 7.1% son debidos a la ingestión de bebidas alcohólicas; mucho menos si se le compara con los re--

sultados que el alcohol produce en otros renglones de la vida nacional. Es preciso citar otro estudio al respecto, que bien puede desembocar en las consecuencias de tipo político-que están implícitas en todo el problema del alcoholismo en México.

Se habla (Cabildo, 1977) (65) del "cinturón de vicio"-de la ciudad de México. Se relaciona el alcoholismo con cierto tipo de delitos encontrando que ha intervenido en el 85% de los homicidios, 84% de los casos de desintegración familiar, 74% de las lesiones graves, y 64% de las faltas a la moral.

Recalca también que "las piqueras donde los obreros de las zonas industriales de los municipios vecinos al D.F. gastan sus salarios están protegidas por inspectores y policías que obtienen ingresos extraordinarios por este concepto".

Como se puede apreciar, el problema del alcoholismo es de los más graves que afronta el país, tanto por la población que se ve afectada por el mismo como por los aspectos del quehacer nacional en los que influye. Las estadísticas muestran que el número de alcohólicos y bebedores excesivos va en acelerado aumento, no así los medios eficaces para su tratamiento y prevención.

Además existen grandes intereses creados para que se mantenga a pesar de sus efectos funestos, la propaganda y la promoción del consumo de bebidas alcohólicas. En efecto, si en programas de televisión se ha encontrado que se exhiben anuncios de bebidas alcohólicas cada nueve minutos, y en la transmisión de un partido de fútbol hay uno cada diez minutos, y si en un tramo corto de una de las principales avenidas de la capital hay 21 anuncios gigantescos de bebidas al-

cohólicas (en Insurgentes, entre Baja California y la estación del Metro) (datos tomados de Guerra) (66) es que existe una poderosa industria interesada al máximo en el consumo masivo de este tipo de bebidas, no obstante los graves daños - que se provocan al país. Así pues, el control de la producción y del consumo para abatir los índices de problemática - nacional respecto al alcoholismo, implica un problema de tipo político de una enorme magnitud.

Referencias:

- 1.- Jellinek, E.M., "The disease concept of alcoholism", Hillhouse Press, New Brunswick, N. J., 1960 passim.
- 2.- Guraieb Ibarrola, R., "El Alcoholismo como destino", Revista Mundo Médico, México, Mayo de 1976, p. 27.
- 3.- Garaudy, R., "La Alternativa", Ed. Tiempo Nuevo, Caracas, 1972.
- 4.- Guerra Guerra, A., "El Alcoholismo en México", Archivo del Fondo 73, FCE, México, 1977, p. 33
- 5.- Vicent, M. "Alcoholismo", Universidad Iberoamericana, México, 1976, Trabajo Inédito.
- 6.- Velasco, F.R., Gamiochipi, L.A., Guevara, L., Iturbe, L. y Oliva, H., "Alcoholismo, mesa redonda". Citado por la revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. XIX, Año 19, No. 11-12, 1976, pp. 6-27.
- 7.- Bourne, P. G. y Col, "Alcoholism", Academic Press, - New York, 1973, Passim.
- 8.- Jellinek, E.M., op. cit. p. 47
- 9.- Jellinek, E. M., op. cit. p. 112
- 10.- Wexberg, F., 1951, citado por Jellinek, E.M., op. cit. p. 67
- 11.- Sánchez Herrera, P., "Alcoholismo", Escuela Normal de Especialización, México, 1976, trabajo inédito, p. 12
- 12.- García Cisneros, H., "El manejo del paciente alcohólico", Dirección General de Sanidad Militar, México, 1966
- 13.- Yates, A.J., Terapia del comportamiento. Ed. Trillas, - México, 1973, p.p. 351-353
- 14.- Lemert, E.M., "Social Pathology", Mc Graw-Hill Book Company, Inc., 1951, p. 44
- 15.- Simmons, J. L., "Public Stereotypes of Deviants", Social Problems, 13:224, 1965, citado por Clinard, M.B., "Sociology of Deviant Behavior", Holt, Rinehart and Winston, - Inc., N.J., 1968, p. 25
- 16.- Clinard, M.B., op. cit. pp. 10, 20, 28, 32 y 160
- 17.- Cohen, A., citado por Clinard, M.B., op. cit. p. 24

- 18.- Bourne, P. G., y Col., op. cit. p. 169
- 19.- Dirección de Salud Mental, México, citado por Guerra - Guerra, A.J., op. cit. p. 17
- 20.- Maddox, R., Simposio Latinoamericano sobre Alcoholismo, Santiago de Chile, Memorias, 1969, p. 38
- 21.- Kimes, J., Simposio Latinoamericano sobre Alcoholismo, op. cit. p. 44
- 22.- Mc Carthy, F. y Pittman, C., Simposio Latinoamericano - sobre Alcoholismo, op. cit. p. 87
- 23.- Clinard, M.B., op. cit. p. 135
- 24.- Comité de Expertos en Salud Mental, Segundo reporte de la Subcomisión sobre Alcoholismo, O.M.S., Ginebra, cita do por Clinard, M.B., op. cit. p. 425
- 25.- Ullman, A.D., "Sociocultural Backgrounds of Alcoholism", The Annals, 31 :48-55. 1958, citado por Clinard, M.B., - op. cit. p. 426
- 26.- Jellinek, E.M., op. cit. p. 95
- 27.- Lertora, A.C., "Cuestiones Psicológicas a un nuevo nivel científico", Ed. del autor, La Plata, Argentina, 1965, - p. 187
- 28.- Merton, R.K., "Teoría y Estructura Sociales", F.C.E., - México, 1964, pp. 140-168
- 29.- Patiño, J.L., citado por Guerra Guerra, A.J., op. cit. - p.
- 30.- Carrère, J. y Séguier, R., citado por Huhn, A. y Bocher, F., "Alcoholism Treatment and Rehabilitation", Selected- Abstracts, National Institute of Mental Health, Rock-- ville, Maryland, 1972, pp. 115-116
- 31.- Solari, G., en el Abstracts citado, p. 114
- 32.- Ramírez, F., en el Abstracts citado, pp. 119-120
- 33.- Schual, F., Salter, H. y Paley, M., en el Abstracts cita do, pp. 149-150
- 34.- Trice, H.M. y Roman, P.M., "Sociopsychological predic- - tors of affiliation with Alcoholics Anonymous : A longi- tudinal study of 'treatment success'", en el Abstracts -

citado, p. 29

- 35.- Bassim, A., "Red, white and blue poker ships: An A.A. - behavior modification technique", American Psychologist, 1975, Vol. 30 (6): 695-696
- 36.- Anant, S.S., en el Abstracts citado, op. cit. p. 121
- 37.- James, W., "The varieties of Religious experience", New-York, 1902
- 38.- Bourne, P.G. y Col., op. cit. p. 193
- 39.- Bourne, P.G. y Col., op. cit. p. 205
- 40.- Bourne, P.G. y Col., op. cit. p. 212
- 41.- García Cisneros, H., op. cit., passim
- 42.- Carrère, J. y Séguier, R., en el Abstracts citado, pp. - 115-116
- 43.- Baer, D. y Ordway, D., "Alcoholics Anonymous members' - attitudes towards marihuana and its users", Psychology-- cal Reports, 1973, Vol. 32 (3, part 1), p. 950
- 44.- Cabildo Arellano, V.M., "Estudio Epidemiológico del Alco holismo", citado por Guerra Guerra, A.J., op. cit. p. - 66-67
- 45.- González Ancira, J. y Manjarrez, M.E., consejeros del - Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, CEMEF, citados por Guerra Guerra, A.J., op. cit. p. 22
- 46.- Cabildo, H.M., Silva Martínez, M. y Juárez, J.M., Revis ta Salud Pública en México, nov. dic 1969, citado en la- Rev. Médico Moderno, mayo de 1975, p. 35
- 47.- Anónimo, "Médicos abordan R_x para alcohólicos", Rev. Mé- dico Moderno 1975, pp. 35-41
- 48.- Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, citado por Guerra Guerra, A.J., op. cit. - pp. 18-19
- 49.- Santos Valdéz, J., "Alcoholismo Mexicano en cifras", Tes timonios y Documentos, El Día, 16 y 17 de febrero de - 1977
- 50.- Guraieb Ibarrola, R., op. cit. passim

- 51.- Dáger, F., Guevara, L. Wolpert, E. y Kershenovich, D., "Características Epidemiológicas del alcoholismo en enfermos con cirrosis hepática en México", Instituto Nacional de la Nutrición, México, publicación personal, - 1976
- 52.- Campuzano, M., Conferencia inaugural del IV Congreso - Internacional de Gastroenterología, México, 1977. Citado por Novedades, 21 de enero de 1977
- 53.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, citado por Guerra Guerra, A. J., op. cit. p. 20
- 54.- Secretaría de Industria y Comercio, op. cit. p. 20
- 55.- García Cisneros, H., op. cit. passim
- 56.- García Cisneros, H., Castella, M.C. y Mora González, - A., "Manejo institucional del Paciente alcohólico" trabajo particular, México, 1970
- 57.- Velazco, F.R., Gamiochipi, L.A., Guevara, L., Iturbe, - L. y Oliva, H., "Alcoholismo, mesa redonda". op. cit. - pp. 6-27.
- 58.- Berruecos, Q., "Más de tres millones de mexicanos tendrán problemas graves de alcoholismo para 1980", Organo informativo de la U.A.M., Vol. I, 9, 24 de febrero de - 1977
- 59.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección de Salud Mental, citado por Guerra Guerra, A.J., op. cit. - p. 46
- 60.- Silva, M., "Alcoholismo y accidentes de tránsito", Revista Salud Pública en México, Epoca V, Vol. XIV, No.6, nov-dic 1972
- 61.- Guerra, A.J. , op. cit. p. 25
- 62.- Del Hierro, J.L., Ramírez, C., Muñoz, H. y Jorge, D., - "Alcoholismo", frecuencia por año e incidencia por edades en la ciudad de México en dos décadas", Escuela Mexicana de Medicina, ULSA, México, 1976, trabajo inédito.

- 63.- Ocón Rocha, L.R., "Estudios sobre alcoholismo, problema social y repercusión en los hijos", Clínica T-1, León,- Guanajuato, 1976
- 64.- Guerra Guerra, A.J., op. cit. p. 17
- 65.- Cabildo, H.M., "Consideraciones sobre alcoholismo", Salud Pública en México, Dirección de programación y estudios económicos del D.D.F., citado en Excelsior, 8 de febrero de 1977
- 66.- Guerra Guerra, A.J., op. cit. p.

III. Técnicas y Procedimientos de Investigación.

1. Problema.

El objetivo de esta investigación es determinar si se produce una disminución en el grado de hostilidad, ansiedad, dependencia y depresión en los individuos alcohólicos con menos de un año, de uno a dos años y con más de dos años de permanencia en Alcohólicos Anónimos.

2. Hipótesis conceptual.

El alcoholismo ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista, según la etiología de la que partan los autores. En este estudio se presentan básicamente los factores psicológicos del alcoholismo como objeto de estudio, aunque de ninguna manera se dejan de lado los aspectos biológicos y sociales, puesto que en la personalidad de cualquier hombre se conjugan los tres enfoques.

Se han señalado diversos rasgos de la personalidad del alcohólico como la dependencia (Solari, 1970 (1); Selzer, 1967 (2); García Cisneros, 1966 (3); Cohen, 1966 (4), la agresividad (Selzer, 1967; García Cisneros, 1966; Whittaker 1971) (5), la ansiedad (Kraft, 1969 (6); Singer, 1971) (7), la inseguridad (García Cisneros, 1966) la depresión (Kurland et al., 1967 (8); Selzer, 1967; García Cisneros, 1966)

Se habla de dependencia cuando el sujeto es particularmente influenciado por el medio. En el caso del alcohólico, esa dependencia no solamente se manifiesta hacia personas o grupos, sino hacia objetos como el alcohol en cualquiera de sus formas. La impotencia del alcohólico para desarraigar su dependencia hace que la ansiedad y la depresión se manifiesten en su personalidad ante el peligro de un aniquilamiento que impulsa también al sujeto a agredir a otras personas y a

autoagredirse. Estas manifestaciones tienen su conjunción en la inseguridad y los sentimientos de mínima autoestima que afloran en el retraimiento y el bajo dominio que tiene para sortear los problemas diarios que se les presentan. Todas estas características hacen que los sujetos se encuentren en circunstancias de desajuste social, que les impiden desarrollar capacidades especiales en un proceso productivo.

Una terapia efectiva debe hacer disminuir la dependencia, la ansiedad, la depresión y algunos aspectos de la agresividad como la autoagresión, y asimismo aumentar los sentimientos de seguridad y afirmación de la personalidad. La terapia de tipo Alcohólicos Anónimos es una psicoterapia grupal que al lograr la abstinencia de los alcohólicos, puede cambiar algunos factores de su personalidad. Estos cambios convierten al alcohólico en un sujeto socialmente aceptado, de acuerdo a las costumbres y leyes establecidas por la sociedad en la que se desenvuelve. Un individuo adaptado ataca directamente y eficazmente los problemas que se le presentan, sin sentimientos de angustia, hostilidad o dependencia, que puedan interferir en su solución. En cuanto a sus relaciones con otros, se manifiesta tranquilo, capaz de expresar sus sentimientos en el momento adecuado y en una forma socialmente aceptada, conservándose independiente frente al grupo aún cuando se rija por sus mismas normas.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, en este estudio se sostiene que la personalidad del alcohólico mejora en algunos aspectos al estar involucrado en el proceso rehabilitativo de Alcohólicos Anónimos.

3. Hipótesis de trabajo.

H_0 . general : no hay diferencia estadísticamente significativa en el grado de hostilidad, ansiedad, dependencia y depresión en los miembros de los grupos de A.A. con menos de un año de permanencia, los que llevan de uno a dos años y los que tienen más de dos años.

H_1 general : sí hay diferencia estadísticamente significativa en el grado de hostilidad, ansiedad, dependencia y depresión en los miembros de los grupos de A.A. con menos de un año de permanencia, los que llevan de uno a dos años y los que tienen más de dos años.

Para todas las variables de control se plantearon las siguientes hipótesis:

H_{01} : No hay diferencia significativa en el grado de hostilidad entre los sujetos con más de dos años en A.A., los que tienen entre uno y dos años de permanencia y los que tienen menos de un año.

H_{11} : Los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A. tienen menor grado de hostilidad que los que llevan de uno a dos años y éstos, a su vez, menor grado que los que tienen menos de un año.

H_{02} : No hay diferencia significativa en el grado de ansiedad entre los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A., los que tienen entre uno y dos años de permanencia y los que tienen menos de un año.

H_{12} : Los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A. tienen menor grado de ansiedad que los que llevan de uno a dos años, y éstos, a su vez menor grado que los que

tienen menos de un año.

H_{03} : No hay diferencia significativa en el grado de dependencia entre los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A., los que tienen entre uno y dos años de permanencia y los que tienen menos de un año.

H_{i3} : Los sujetos con más de dos años de permanencia - en A.A. tienen menor grado de dependencia que los que llevan de uno a dos años, y éstos, a su vez, menor grado que los - que tienen menos de un año.

H_{04} : No hay diferencia significativa en el grado de depresión entre los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A., los que tienen entre uno y dos años de permanencia - y los que tienen menos de un año.

H_{i4} : Los sujetos con más de dos años de permanencia en A.A. tienen menor grado de depresión que los que llevan de - uno a dos años, y éstos, a su vez, menor grado que los que - tienen menos de un año.

A todas las variables se les dio la misma calificación. Esta se obtuvo sumando el valor de los veinte items de cada variable, que tenían un peso de 1,2,3 o 4 según la opción - elegida.

La calificación máxima de cada variable era de ochenta puntos. Los individuos con una puntuación mayor de cincuenta se consideró que poseían la característica estudiada.

4. VARIABLES.

4.1 Variable independiente: Tiempo de permanencia en Alcohólicos Anónimos.

Como se explicó en el capítulo relativo a "Alcohólicos Anónimos", parte del éxito que han obtenido en su terapia - con alcohólicos se debe a que exigen de ellos únicamente el compromiso de abstenerse de beber durante un HOY de veinticuatro horas. Sin embargo, llevan la cuenta del tiempo exacto en que han logrado mantener la sobriedad en la bebida, celebrando incluso de manera grupal los aniversarios del período sin recaídas que llevan en el programa. Según su literatura y numerosos testimonios verbales obtenidos de miembros de este programa, a mayor tiempo de permanencia en A.A. se van logrando, junto con la sobriedad en el beber, significativos avances en la corrección de sus "defectos de carácter", muchos de los cuales coinciden con las variables dependientes de nuestro estudio. En este sentido, el tiempo de permanencia continua en los grupos de Alcohólicos Anónimos es importante en el proceso de cambio.

Definición operacional del tiempo de permanencia en A.A. :

A.- Individuos con menos de un año en A.A.

B.- Individuos con más de uno y con menos de dos años en A.A.

C.- Individuos con más de dos años en A.A.

4.2 Variables Dependientes.

4.2.1 Hostilidad.

Buss (1969) (9) habla de la interrelación entre la agresión, la cólera y la hostilidad con las diferencias en cuanto a su manifestación y etiología.

"La agresión es una respuesta instrumental que proporciona castigo; la cólera es una reacción emocional con expresiones faciales y actitudes autonómicas; la hostilidad es una actitud negativa, definida en términos de respuestas verbales implícitas".

Por lo general la hostilidad no es expresada abiertamente en forma verbal como parte de una respuesta agresiva, sino que está implícita al pensar continuamente en ataques recibidos en el pasado, rechazos y privaciones. La hostilidad se puede considerar como una respuesta de cólera condicionada; cuando esta respuesta agresiva es verbal, se puede identificar fácilmente la hostilidad; pero si las expresiones negativas se hacen implícitamente, entonces se puede inferir la hostilidad de otro comportamiento agresivo.

Se puede distinguir entre una agresión cerrada, que se expresa de modo predominantemente emocional y que incluye conductas que van desde la anorexia hasta trastornos en la conducta social, y la agresión abierta, de expresión fundamentalmente motora, que implica conductas desde un berrinche infantil, hasta la crueldad, el robo o delitos mayores. Mucha de la conducta juzgada antisocial, tanto a nivel individual (mutismo), como a nivel grupal (pandillerismo) o social (delincuencia juvenil, rebelión) puede ser considerada como un índice de agresión contra el o los elementos capaces de haberla provocado. (10)

El origen de la conducta agresiva ha sido explicado de diferentes maneras. Freud habló de un instinto de muerte, existente en todo ser humano; por falta de pruebas que apoyen dicha afirmación, se suele rechazar o referirla a un instinto de agresión. Noyes (11) explica la agresividad en términos de "impulsividad", e implica no sólo una orientación negativa de la conducta como sería la hostilidad y el ataque sino también una orientación positiva de la misma, es decir, la voluntad de poder.

Otra manera de explicar la agresión es el considerarla como una reacción. Horney (1945) (12) la refiere como reacción frente a la ansiedad fundamental de todo ser humano y la relaciona con las tendencias neuróticas ligadas a dicha ansiedad. De una manera más general, se suele considerar a la agresión como una reacción ante la frustración. Se llegó incluso a decir que no había agresión sin frustración ni frustración sin agresión.

Una interpretación no motivacional de la agresividad, la define como un "hábito de atacar". Este hábito adquiriría fuerza y manifestaría mayor vigor en la expresión agresiva según varios elementos, tales como la frecuencia o la intensidad con que el sujeto haya sufrido la frustración, los ataques o lo que haya motivado su disgusto, también el grado en que el reforzamiento haya seguido a la conducta agresiva. Intervienen entonces los factores sociales y culturales según los cuales se refuerza o se reprime desde la infancia la manifestación de las conductas agresivas.

Se debe hablar también de la "facilitación social" que se encuentre, sobre todo en el ambiente familiar, para la expresión de conductas de agresión, según sean los modelos que la misma familia presente. Por último, intervendría también el temperamento de la persona, entendido aquí como el grado-

en que alguien es impulsivo, activo, independiente, autónomo, etc. y que está más ligado a conductas de tipo agresivo.

La hostilidad en este estudio, quedará definida como una manifestación de la agresión, caracterizada por desagrado y por una actitud negativa y perjudicial para el individuo o para el grupo hacia el cual se dirige.

Se considerará individuo hostil, aquel que obtenga una puntuación mayor de 50 en el instrumento utilizado.

4.2.2. Ansiedad.

La ansiedad puede considerarse como un problema de carácter normal o morboso.

La existencia de una ansiedad normal. ejerce una función estimulante y suscita un movimiento de adaptación adecuado. Por el contrario, la ansiedad patológica produce un estado de confusión que esteriliza todo impulso vital y tiende a la destrucción del individuo.

Las definiciones de ansiedad pueden reducirse a tres condiciones fundamentales:

a) sensación de peligro inminente pero indeterminado, dando lugar a fantasías trágicas y dramáticas.

b) actitud expectante ante el peligro.

c) confusión como producto de un sentimiento de impotencia, con sensación de aniquilamiento ante el peligro.

Este estado afectivo, va acompañado de una serie de reacciones neurovegetativas: trastornos respiratorios, taquicardia o bradicardia, palidez, relajamiento o contractura

muscular, sudoración, etc.

La ansiedad en clínica, se considera como uno de los elementos constitutivos de la patología mental; sea como determinante de una enfermedad o como manifestación secundaria se presenta casi siempre en las crisis evolutivas de la personalidad morbosa.

Freud explica la angustia somática por la ansiedad misma, admitiendo en un principio que la ansiedad nacía de la frustración de la libido; frustración que venía de la pérdida del objeto amado. Más tarde el papel de la frustración lo trasladó al superego encargado de amenazar y castigar en caso de infracción; en esta amenaza se encontraría la génesis de la ansiedad.

Para los teóricos del aprendizaje la ansiedad se emplea como término descriptivo, referido a los cambios de una ejecución producidos por un estímulo aversivo o preaversivo. Estos cambios incluyen una frecuencia decreciente en muchas ejecuciones operantes en donde se presentó el estímulo aversivo. Incluye también un incremento de la frecuencia de ejecución que en el pasado ha terminado o reducido la magnitud de los estímulos aversivos, y como este cambio altera muchas ejecuciones, se dice que la ansiedad es un estado del organismo. (Fester y Perrot , 1968) (13).

Para Reese y Lipsitt (1970) (14) "se supone que el apareamiento frecuente de la desaprobación social y el dolor es el resultado de haber condicionado la ansiedad a la desaprobación social per se. Según el análisis de la ansiedad, se repetirían las respuestas, venga o no después la aprobación social, siempre que tras ellas concluya la desaprobación social".

Coleman citado por Whittaker (1971) (15) ha hecho notar que, "ciertas situaciones de tensión psicológica y de debilidad de la personalidad, pueden intervenir en la precipitación de las reacciones de ansiedad. Cinco de ellas son comunes: las amenazas a la finalidad de la vida o la situación actual; la amenaza de la irrupción de deseos peligrosos; el sentimiento de culpa y el temor del castigo; la reactivación de experiencias traumáticas anteriores y la decisión que -despierta ansiedad".

Rogers (1951) (16) indica que el tratar de ascender en la escala social, produce ansiedad y atribuye su mayor grado a las situaciones ambiguas que enfrentan los individuos de clase baja cuando no progresan de acuerdo a las exigencias de la sociedad. Sin embargo, muchas personas cuando ven que la propia condición escapa al autocontrol, dejan de sentirse culpables de una posición social inferior. Pero los individuos cuya conducta nunca está a la altura de la que ellos estiman que deberían tener, suelen ser víctimas de ansiedad, sentimientos de inferioridad y odio hacia sí mismos.

Para el presente estudio se considera la ansiedad como el estado de confusión, inseguridad, impotencia y creación de fantasías dramáticas, que llevan al individuo a la auto-destrucción y no le permiten adaptarse adecuadamente al medio.

4.2.3. Dependencia.

La relación del individuo con el campo que estructura su situación en un momento dado, puede darse en el sentido de un aceptación o de un cuestionamiento del mismo. En el primero de los casos, habrá una mayor dependencia de esa serie de factores que forman las situaciones reales de cada momento; -

en el otro, hay una mayor independencia de ellos, una afirmación del individuo frente a esos factores.

Los individuos tienden a mostrar poca iniciativa para cambiar el statu quo, sus actitudes y conductas son convencionales, obedecen a la autoridad y gustan de los hábitos rutinarios y cómodos. Sin embargo, son por lo general más agradables que los independientes, porque la resistencia de estos últimos a dejarse influir se relaciona con cierto recelo y una excesiva tendencia a culpar o castigar a los demás de sus propios problemas. Se interesan en los demás y suelen considerar al medio de manera amistosa y confiada. Los límites entre su yo fenoménico y el área que lo rodea son más débiles, más permeables y menos estables que en los individuos con mayor independencia. Estos utilizan las percepciones del medio con más escepticismo y mayor sentido práctico y hasta utilitario.

Los individuos independientes se interesan en dominar el medio esforzándose en lograr autosuficiencia, capacidad de mando, destrezas especiales y competencia; se preocupan por tener una vida interior, motivos comprensibles de la conducta propia y ajena, y cuando sienten hostilidad, suelen manifestarla de manera directa. Tienden a hallar orden en sí mismos, describiéndose como intelectuales, quisquillosos, melancólicos y descontentos.

Al individuo independiente se le pueden aplicar las características que sugiere Maslow (citado por Cofer, 1972) - (17) de los sujetos con alta autoestima, a saber alta y al mismo tiempo estable y bien fundamentada evaluación de sí mismo, de su autorrespeto y de la estima de los demás. Dice ese autor "que en realidad hay dos subseries de necesidades en esta categoría. Una, el deseo de fuerza, de logro, de adecuación, de dominio, de competencia y de confianza frente al

mundo y de la independencia y libertad. Otra, el deseo de fama o prestigio (definida como respeto o estima recibida de otras gentes), status, dominación, reconocimiento, atención, importancia o apreciación. Se hace hincapié en que debe merecerse el respeto de los otros. La gratificación de esas necesidades provoca sentimientos de confianza en sí mismo, de dignidad, de fuerza, de capacidad y de adecuación".

Se ha mostrado que los alcohólicos son más dependientes que cualquier otro grupo de psiquiatría clínica, con excepción de los enfermos con lesiones cerebrales.

Otra característica importante de la dependencia es su tendencia a reaccionar confusamente ante las situaciones que entrañan un grado poco común de novedad, incongruencia o falta de estructura. Esta confusión suele perdurar hasta que algún sistema y orden se impone a la situación.

Se entiende, pues, por dependencia en este estudio a la actitud general de hacer lo que ha sido decidido por el medio, en el cual, y no en los propios puntos de vista, se van a encontrar los parámetros y fundamentos de lo que se debe ser, pensar y decidir.

Definición operacional. Se considerará individuo dependiente aquél que obtenga una puntuación mayor de 50 en el instrumento utilizado.

4.2.4. DEPRESION.

La característica principal de los sujetos depresivos es la disminución notable de conductas sociales que anteriormente se ejecutaban de manera consistente. (Fester y Perrot - 1974) (13). El sujeto es propenso a mostrar mayor número de conductas autoestimulatorias como el hablar consigo mismo o ejecutar repetidamente una acción. La capacidad de apreciar objetivamente el medio que les rodea, la sensibilidad hacia el arte y la naturaleza, desaparecen virtualmente del campo de sus intereses y se centran en percepciones internas, idealizaciones preferentemente emotivas, mezcladas con sentimientos de fracaso y una disminución de las capacidades de ejecución en su trabajo.

En el marco de las relaciones sociales, suelen desplegar conductas agresivas hacia su familia o sus amigos, pero al mismo tiempo son conscientes de lo perjudicial que resulta la agresión en el desarrollo de sus relaciones, sobre todo si los sujetos son en gran medida dependientes del apoyo de otros por lo que se sienten culpables de desplegar la agresión, sobre todo si el agredido muere o sufre algún daño. El despliegue agresivo en un sujeto depresivo es generalmente incontrolable en el momento, porque no hay un aprendizaje social que tienda a manejarlo socialmente. De esto se deriva la enorme incapacidad de los sujetos para disfrutar de las relaciones amorosas y el placer que se deriva de ellas. De tal manera los sujetos autodisminuyen sus capacidades, que generalmente no manifiestan sus sentimientos y emociones a otros, aún cuando éstos sean personas estrechamente ligadas a ellos. (Bleger) (18).

Los casos de depresión pueden ser múltiples, pero en todos ellos se pueden dilucidar dos componentes : el componente somático y el afectivo: En el primero, el sujeto deprimido se reconoce por su actitud, presenta disminución de la actividad en general, se manifiesta triste e inexpressivo. Cuando la depresión es más severa, hay pérdida del apetito, adelgazamiento, hipotensión arterial, respiración lenta y agotamiento nervioso. En el segundo caso, hay incapacidad para realizar un esfuerzo intelectual sostenido, disminución de la capacidad de atención, y de la memoria; asimismo, hay aflicción por su sentimiento de inferioridad; para tales personas la vida es "insoportable". Hay una disminución de la confianza en sí mismo y un alejamiento del interés por las cosas, así como pérdida de toda iniciativa. En muchos de estos sujetos se encuentra una conciencia rígida, así como una tendencia a la introversión.

Se ha hablado hasta ahora de rasgos personales, más bien que de factores situacionales en la conducta depresiva. Conviene aclarar ahora que la dinámica de la depresión se puede caracterizar en períodos de tiempo, y que no es un estado permanente en la vida del sujeto, a menos que se esté en un estado patológico. La depresión es desencadenada por conflictos que aparecen en la relación diaria de los sujetos con otros o de conflictos existenciales que los ponen en duda respecto a las vías de solución que se pueden encontrar.

Se podría pues caracterizar conceptualmente a la depresión en el presente estudio como un estado emocional que incapacita al sujeto para afrontar requerimientos sociales mínimos y que proviene predominantemente de una problemática particular para la cual no se encuentran vías de solución.

Se considera individuo depresivo aquél que obtenga una puntuación mayor de 50 en el instrumento utilizado.

5. SELECCION DE LA MUESTRA.

La población de miembros de A.A. en el Distrito Federal está formada por 2360 sujetos aproximadamente, distribuidos en grupos de membrecía muy variable, de los cuales se seccionó una muestra accidental de 118 sujetos, correspondientes al 5%. Estos sujetos forman parte de los 15 grupos escogidos por muestreo sistemático: se mezclaron papeletas con números del 1 al 9, se tomó uno al azar y se optó por los 14 múltiplos siguientes. El número seleccionado fue el 7.

Se tomó el orden dado en el directorio de los grupos A.A. y se seleccionaron los grupos: 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70, 77, 84, 91, 98, y 105; como grupos suplentes se escogieron los siguientes: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 96, 104, 112 y 120. Se aplicó la prueba a los sujetos que se encontraban en las sesiones.

6. ESPECIFICACION DEL INSTRUMENTO.

Antes de la aplicación de los instrumentos, se realizaron algunas visitas a los diferentes tipos de reuniones de los grupos A.A., en las que se hizo un análisis descriptivo de sus funciones tratando de interferir lo menos posible con ellos. A partir de estas visitas se consideró adecuado utilizar instrumentos sencillos y de fácil comprensión.

Se elaboró un cuestionario (apéndice A) de datos personales con el objeto de aumentar un poco la información sobre las características de los grupos A.A. en México. Además, en él se incluyó la variable independiente tiempo de permanencia en A.A. y algunas observaciones hechas por sus miembros que ellos consideraron de importancia.

Se aplicaron luego dos escalas (apéndices B y C).

a). Escala de automecisión de adjetivos de Shipley- - Hartford.

Esta escala está constituida por tres grupos de adjetivos que miden hostilidad, ansiedad y dependencia en sujetos- adultos. Los adjetivos se hallan entremezclados, y a los sujetos se les pide que indiquen cómo se catalogan en ese momento con respecto a dichos adjetivos. Para cada uno de ellos hay cuatro opciones de respuesta, a saber: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

El valor de estas escalas es grande cuando se utilizan como medios de investigación en individuos sujetos a fuertes tensiones psicológicas, lográndose medir las variables antes mencionadas.

No existe límite de tiempo en la administración de la prueba. Generalmente no se utilizan más de quince minutos para contestar los reactivos. Se debe dar solamente una respuesta por cada reactivo y no debe dejar de contestarse ninguno de ellos. Las dispersiones posibles en la prueba abarcan desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 para cada una de las tres escalas. Cada una de ellas comprende 20 reactivos, diez de calificación directa y diez de calificación invertida.

b) Escala para la automecisión de la depresión de Zung

Esta escala está destinada a medir cuantitativamente la depresión. Fue publicada por primera vez en 1965 en informaciones sobre pacientes deprimidos. Puede usarse esta escala con todo tipo de personas que manifiesten síntomas caren-

tes de base orgánica aparente, facilitando y proporcionando - de manera rápida lo que se ha dado en llamar depresiones - "ocultas".

Esta escala consiste en una lista de 20 declaraciones. Cada una de ellas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Las veinte afirmaciones comprenden los síntomas más reconocidos como presentes en la depresión, tales como reacciones afectivas persistentes, equivalentes - fisiológicos y psicológicos de la depresión.

Esta escala no va a proporcionar la diferencia entre - la depresión como enfermedad y la depresión como síntoma, si no que más bien va a medir cuantitativamente la intensidad - de la depresión cualquiera que sea el diagnóstico que se haya hecho sobre el problema. Una calificación alta va a mos-- trar la presencia de síntomas de importancia para la detec-- ción y posterior diagnóstico de problemas relacionados con - la depresión.

Como estas escalas no han sido aplicadas a personas alcohólicas, se realizó una prueba de campo con 30 sujetos, - observándose problemas en las respuestas (dejar el espacio - en blanco, malinterpretar el significado de algún adjetivo, - etc.). Se aplicaron 50 cuestionarios más, en los que se dieron los sinónimos más comunes de algunas palabras (apéndice-D). Mediante estos sinónimos y la revisión de la prueba frente al sujeto, se lograron eliminar los espacios en blanco, - las contestaciones en más de una opción, las respuestas diferentes a las requeridas (como poner un "sí" o un "no" en el intervalo), etc.



Confiabilidad y Validez.

Para determinar la validez de los 20 reactivos de cada variable (si medían lo mismo), se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach (K) a cada una de ellas, utilizando los 50 cuestionarios de prueba. Para encontrar dicho coeficiente se obtuvieron tres matrices: una, de las calificaciones crudas de cada sujeto en los 20 reactivos de cada variable; la segunda, de las desviaciones estándares de esos puntajes, y la tercera, de sus varianzas. Finalmente se aplicó la fórmula:

$$\alpha_K = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum SI^2}{St^2} \right)$$

Y se obtuvieron los resultados siguientes:

Hostilidad	K=.76
Ansiedad	K=.81
Dependencia	K=.67
Depresión	K=.76

Siendo todos significativos al nivel de .05.

Posteriormente, la confiabilidad se midió dividiendo en mitades los 20 reactivos de cada variable (10 nones contra 10 pares) y aplicando el coeficiente de correlación de Pearson a cada variable. Para su obtención se utilizaron los puntajes crudos de los 50 sujetos ya mencionados, y se aplicó la fórmula:

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Dando como resultados:

Hostilidad $r = .71$

Ansiedad $r = .81$

Dependencia $r = .65$

Depresión $r = .70$

Se concluyó que el instrumento era válido y confiable para medir la población de Alcohólicos Anónimos, objeto de nuestro estudio.

RUTINA DE APLICACION.

Se visitaron los grupos de A.A. elegidos en la muestra. Los ponentes se presentaron con una carta de presentación de un miembro de la organización y de un psiquiatra, y con una carta elaborada por ellos mismos (apéndices E y F).

Se distribuyeron los instrumentos y se dieron las siguientes instrucciones:

"Pongan una cruz en el espacio en donde crean que mejor se califican de acuerdo al adjetivo o la frase. Si hay alguna palabra de cuyo significado tengan dudas, pueden preguntarnos".

Una vez aplicados los 118 cuestionarios y escalas, se procedió a hacer el análisis estadístico de los mismos.

7. DISEÑO.

En esta tesis el diseño empleado es de tres muestras independientes al azar, ya que de la población estudiada se escogieron tres grupos independientes seleccionados probabilísticamente.

CONTROL DE VARIABLES.

Se controlaron las siguientes variables:

- a) Sexo (personas del sexo masculino)
- b) Pertenencia activa a Alcohólicos Anónimos.

SELECCION DE PRUEBAS ESTADISTICAS.

Al diferir en cierto grado los valores de las muestras permanece el problema de determinar si tras esas diferencias muestrales observadas, hay diferencias entre poblaciones o meramente variaciones al azar que se esperarían entre muestras aleatorias de la misma población.

Para probar la significación de diferencias entre tres muestras independientes, hay que utilizar una técnica estadística capaz de probar la hipótesis de nulidad, relativa a que las muestras se recogieron de poblaciones idénticas. Se debe elegir una prueba no paramétrica que permita que datos inherentes solamente a clasificaciones (en una escala nominal) sean examinados en cuanto a su significación. En vista de lo cual, se eligió la prueba χ^2 para tres muestras independientes. La función de esta prueba es, como se acaba de -

decir, determinar la significación de las diferencias entre los tres grupos independientes.

Como la prueba χ^2 sólo proporciona información clasificatoria acerca de las variables, se aplicó el coeficiente de contingencia para obtener el grado de asociación o relación entre las mismas.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA.

Se determinó un nivel de significancia de 0.05 con una $N=118$.

REGION DE RECHAZO.

Dado que las hipótesis marcan una dirección determinada, la región de rechazo se encuentra en una cola de la distribución.

3.5.5. Decisión.

El rechazo o aceptación de las hipótesis nulas se hizo de acuerdo a los valores de χ^2 encontrados.

IV.- Resultados y Discusión

1. Observaciones estadísticas de la población.

Se aplicó un cuestionario de datos estadísticos de la muestra (ver apéndice A), en el cual se detectaron 7 variables que arrojaron los siguientes resultados:

a). Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 30 años	27	22.88
31-40 "	40	33.89
41-50 "	33	27.96
51 años o más	14	11.86
No reportaron	4	3.38
	<u>118</u>	<u>99.97</u>

Como se puede observar en la tabla anterior, el porcentaje más alto corresponde a los sujetos cuyas edades oscilan entre 31 y 40 años; asimismo, la mayoría de los sujetos tienen edades entre 31 y 50 años (61.85%). Estos datos concuerdan con los encontrados en los estudios de "The A.A. General Service Board", "National Council on Alcoholism", "Maudsley-Hospital of London" y "Finnish Foundation for Alcohol Studies", aunque los porcentajes de sujetos menores de 30 años y mayores de 50 resultan diferentes a los encontrados en las tres primeras investigaciones (ver "Estudios hechos sobre A.A.").

b) Estado Civil.

Edo. Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casados	84	71.18
Otros (solteros, divorciados viudos etc)	33	27.96
No reportaron	1	.84
	<u>118</u>	<u>99.99</u>

REFERENCIAS:

- 1.- Solari, G., "Psychotherapeutic methods in alcoholism", - en Robert, E.Ed. International Symposium on alcohol and alcoholism, Santiago de Chile, 1966, Toronto, Addiction-Research Foundation, 1970, pp. 165-169 y 114
- 2.- Selzer, M.L., "The personality of the alcoholic as an - impediment to psychotherapy. En Alcoholism Treatment and-rehabilitation, Selected Abstracts, National Institute - of Mental Health, Rockville, Maryland, 1972, pp. 113-114
- 3.- García Cisneros, H., "Manejo del Paciente alcohólico", - Dirección General de Sanidad Militar, impreso, 1966
- 4.- Cohen, A., "Deviance and control", Engelwood Cliffs, - Prentice Hall, N.J., 1966, p. 118
- 5.- Whittaker, J.O., "Psicología", Ed. Interamericana, Méxi-co, 1965, p. 135
- 6.- Kraft, T., "Alcoholism treated by systematic desinsitization", en el Abstracts citado, p. 125
- 7.- Singer, B. A. Personality variables and conditioning in alcoholics. En Fensterheim, H. et al. Advances in beha-
-vior therapy, Academic Press, N. York, 1971, pp. 15-28
- 8.- Kurland, A. et al., "Psychodelic Therapy utilizing LSD - in the treatment of the alcoholic patient: a preliminary report". En el Abstracts citado, p. 63
- 9.- Buss, A. H., "Psicología de la Agresión", Ed. Trueque, - Buenos Aires, 1969, pp. 15-18
- 10.- Dulanto, E. y Solórzano, L.L., Estudio sobre la agresividad, Hospital Infantil de México, 1975, trabajo inédito
- 11.- Noyes, A. P., "Psiquiatría Clínica Moderna", Ed. La - Prensa Médica Mexicana, México, 1964 pp. 209-231
- 12.- Horney, K., citada por Fuente Muñiz R, "Psicología Médica", FCE México, 1969, p. 161
- 13.- Ferster, C.B. y Perrot, M.C., "Principios de la Conducta", Ed. Trillas, México, 1974, p. 626

- 14.- Reese, H. W. y Lipsitt, L.P., "Psicología Experimental-Infantil", Ed. Trillas, México, 1974, pp. 406-418
- 15.- Coleman, J., citado por Whittaker, J.D., "Psicología" - Ed. Interamericana México 1971 p. 516
- 16.- Rogers, C., citado por Allport, G., "La personalidad", - Ed. Herder, Barcelona, 1966, p. 452
- 17.- Maslow, A., citado por Cofer, C.N. y Appley, M.H., op.-cit. pp. 654-657
- 18.- Bleger, J., "Psicología de la Conducta", Ed. Eudeba, - Buenos Aires, 1974, 1971, p. 141

La mayoría de los sujetos se encuentran casados, como se observa arriba. Estos datos concuerdan con los encontrados en New York, Inglaterra y Finlandia (ver "Estudios hechos sobre A.A.")

c) Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Hasta primaria	44	37.28
Hasta secundaria	34	28.81
Hasta preparatoria	20	16.94
Más de preparatoria	14	11.86
No reportaron	6	5.08
	<hr/> 118	<hr/> 99.97

Los datos anteriores indican que el porcentaje más alto corresponde a los sujetos que estudiaron algún grado en la escuela primaria o la terminaron, aunque la mayoría de los sujetos (66.09%) ha cursado algún grado de la escuela secundaria o la ha terminado. Todos los sujetos encuestados sa bían leer y escribir.

d) Sueldo.

Sueldo	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 3000 pesos	40	33.89
" 6000 "	36	30.50
" 12000 "	19	16.10
Más de 12000 "	13	11.01
No reportaron	10	8.47
	<hr/> 118	<hr/> 99.97

Como se puede observar arriba, la mayoría de los sujetos pertenece a medios económicamente bajos, medidos a través de los sueldos que perciben mensualmente. Estos datos, aunque cuantificados en parámetros diferentes, no concuerdan con los obtenidos en los estudios realizados en New York, Inglaterra y Finlandia a que nos hemos referido recientemente (ver "Estudios hechos sobre A.A.".)

e) Otros tratamientos.

Terapia de grupo o individual	Frecuencia	Porcentaje
Sí	38	32.20
No	80	67.79
	<u>118</u>	<u>99.99</u>

Psicoanálisis	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	14.40
No	101	85.59
	<u>118</u>	<u>99.99</u>

Quimioterapia y otros	Frecuencia	Porcentaje
Sí	59	50
No	59	50
	<u>118</u>	<u>100</u>

Como se observa, la mitad de los sujetos reporta haber sido tratado por medio de drogas y otros procedimientos. El 82.20% de los sujetos ha ido a terapia de grupo o individual y ha recibido quimioterapia y otros procedimientos al margen de su tratamiento en A.A. La inmensa mayoría de los sujetos-

de la muestra (114- 96.61%) han recibido tratamientos diferentes al de A.A., aunque por comunicaciones verbales de los sujetos, tales tratamientos se efectuaron generalmente antes del ingreso a algún grupo de A.A.

Las estimaciones de frecuencias y porcentajes se tomaron por separado debido a que algunos de los sujetos reportaron más de un tratamiento recibido.

f) Número de ingresos a A.A.

No. de ingresos	Frecuencia	Porcentaje
1 ingreso	79	66.94
Más de 1 ingreso	<u>39</u>	<u>33.05</u>
	118	99.99

Según los porcentajes arriba expuestos, la mayoría de los sujetos que ingresan a A.A. por primera vez, permanecen en los grupos. Algunos sujetos reportaron tener más de 5 años y hasta 10 ininterrumpidamente en el seno de A.A. El porcentaje de los sujetos que abandonan el "Programa" pero regresan a él, es ligeramente superior al reportado por García Cisneros (ver "Estudios hechos sobre A.A.").

g) Tiempo de permanencia en A.A.

Permanencia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	48	40.67
De 1 a 2 años	27	22.88
Más de 2 años	<u>43</u>	<u>36.44</u>
	118	99.99

El mayor porcentaje corresponde a los sujetos con menos de un año en A.A. Esta fue la variable independiente que se seleccionó para el estudio formal.

2. ANALISIS GENERAL.

El resultado arrojado por las X^2 al comparar los grupos de miembros de A.A. con menos de un año, los que llevan de uno a dos años y los que llevan más de dos años de permanencia, no resultó significativo al nivel de significancia del .05, por lo que se rechaza la H_1 general y se acepta la H_0 general, concluyendo que no hay diferencia en el grado de hostilidad, ansiedad, dependencia y depresión entre dichos grupos.

Posteriormente se analizaron al nivel de significancia del .05 el grupo de un año con el de uno a dos años; el de menos de un año con el de más de dos años, y el de uno a dos años con el de más de dos años, no obteniéndose ningún cambio significativo.

Hay que señalar que las características que denotan estas cuatro variables, requieren por lo general de una personalidad más integra, más capacitada para enfrentar las dificultades una vez resueltos los problemas básicos y que el sujeto alcohólico presenta inadaptación al medio e intolerancia a las frustraciones.

Por otro lado el sujeto pasa los primeros años en A.A. centrado totalmente en la consecución de su objetivo principal: dejar la bebida, logro que obtienen en el grupo con mayor eficacia que en cualquier otro tipo de terapia. La mejoría que obtendrá en ciertos rasgos de su personalidad habrá de venir más tarde, al afianzarse en su vinculación con otros grupos humanos e incrementar la integración personal.

3. ANALISIS DE LAS VARIABLES.

3.1. HOSTILIDAD.

Se acepta la hipótesis nula a un nivel de significancia del .05, ya que no se notan cambios significativos en el sentido de una disminución en el nivel de hostilidad entre los sujetos que llevan menos de un año de permanencia en A.A. los que llevan de uno a dos años y los de más de dos años.

Posteriormente se analizaron el grupo de menos de un año con el de uno a dos años, el de menos de un año con el de más de dos años, y el de uno a dos años con el de más de dos años, sin encontrarse ningún cambio significativo entre ellos al nivel de significancia del .05.

El programa de A.A. no busca como un primer paso disminuir la hostilidad de sus miembros o transformarla en una impulsividad positiva para el sujeto, ya que es necesario que el individuo satisfaga sus necesidades básicas antes, para que una vez logrado esto pueda sentirse estable y sea capaz de controlar su conducta y sus emociones.

Mucha de la conducta antisocial ha sido considerada como un índice de autoagresión originado por sentimientos de culpa. Uno de los procedimientos del programa de A.A. es hacer que el sujeto reconozca los daños que ha causado a su familia, a la sociedad y a su misma persona impidiendo la desaparición de los sentimientos de culpa hasta que el sujeto haya reparado las faltas cometidas.

Hay una relación entre el estado de ansiedad que presenta el individuo y la hostilidad manifiesta (como se explicó en la definición de la variable de hostilidad). Mientras exista ansiedad habrá hostilidad, y el estar recordando que se es un enfermo que puede recaer si se aparta del grupo, -

produce ansiedad, al igual que el insistir y estar hablando constantemente de sus aspectos negativos.

Además, la hostilidad es una respuesta que se ha mantenido por reforzamiento durante muchos años y dos años es un lapso de tiempo muy corto para que haya sido extinguida.

Se sacó la relación de la hostilidad con la edad, el nivel económico, la escolaridad, el estado civil y los tratamientos terapéuticos diferentes al de A.A. que han recibido los sujetos estudiados, no encontrándose cambios significativos en ellos.

TABLA 1.1. χ^2 de sujetos con alta y baja hostilidad medida en sujetos con menos de un año de permanencia en A.A., de uno a dos años y con más de dos años.

	menos de un año	de uno a dos años	más de dos años
alta hostilidad	39	24	37
baja hostilidad	9	3	6
	48	27	43

$$\chi^2 \text{ al } .05 = 5.99$$

$$\chi^2 = 1.12$$

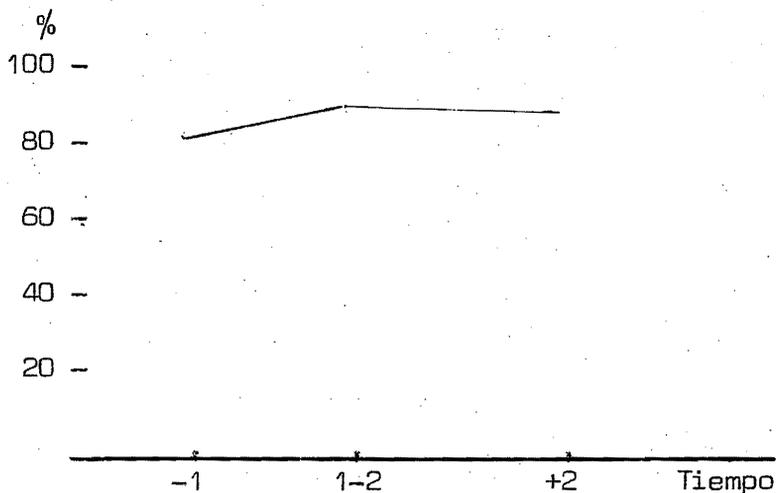
$$gl = 2$$

\therefore se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .

TABLA 1.2 Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en hostilidad según su tiempo de permanencia en A.A.

Tiempo (años)	No. de Ss. con calif. altas.	Porcentaje
-1	39/48	81.2
2-1	24/27	88.8
+2	37/43	86.0

FIGURA 1. Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en hostilidad.



3.2 ANSIEDAD.

Se acepta H_02 , a un nivel de significancia del .05. En efecto, no se notan cambios significativos en el sentido de una menor ansiedad en los sujetos que llevan más de dos años en A.A., con respecto a los que tienen de uno a dos años y de los que llevan menos de un año. (ver tabla 3.1). Hay una menor cantidad de sujetos ansiosos en el intervalo de uno a dos años de permanencia, pero el aumento posterior no es significativo estadísticamente (ver fig. 3).

El programa no hace referencia a aspectos capaces de hacer disminuir el nivel de ansiedad de los miembros de los grupos. Al contrario, puede decirse que al insistir en los aspectos negativos, "ingobernables", del alcohólico, y en los consiguientes sentimientos de culpabilidad, pueda hacerse mayor la ansiedad frente a un problema que el enfermo conoce mejor y califica como "progresivo, incurable y mortal". Como ya se dijo al citar a Coleman en la definición de las variables: "ciertas situaciones de tensión psicológicas y de debilidad de la personalidad, pueden intervenir en la precipitación de las reacciones de ansiedad. Cinco de ellas son comunes; las amenazas a la finalidad de la vida o a la situación actual; la amenaza de la irrupción de deseos peligrosos; el sentimiento de culpa y el temor del castigo; la reactivación de experiencias traumáticas anteriores y decisión que despierta ansiedad". Y en los grupos se puede observar la manifestación de un miedo muy fuerte a recaer, a no saber afrontar la situación que los llevó a beber, a la problemática de tipo familiar y, en general, a los aspectos desagradables de la conducta de beber.

Además, cuando hay una condición de ansiedad grande, - el individuo siente un mayor deseo de asociarse con los demás que están expuestos a esas mismas circunstancias. Y esta condición es provocada por los mismos grupos de A.A., al hacerse continuas las referencias verbales sobre temas que hacen recordar al sujeto las experiencias traumáticas por las que pasó antes de ingresar a A.A.

Aún cuando los sujetos sientan una mayor tranquilidad y seguridad al poder convivir con personas con características y problemas similares a los suyos, los aspectos del programa analizados con anterioridad impiden la desaparición de la ansiedad.

Observando la gráfica se puede hacer notar la simetría casi perfecta con que en esta variable se regresa a la situación que prevalecía antes de los dos años de permanencia.

Finalmente se relacionó esta variable con los datos personales del cuestionario (ver apéndice A) para determinar si había algún cambio significativo entre los grupos a un nivel de significancia del .05, no encontrándose ningún cambio significativo.

TABLA 2.1 χ^2 de sujetos con alta y baja ansiedad medida en sujetos con menos de un año - de permanencia en A.A., de uno a dos - años y con más de dos años.

	menos de un año	de uno a dos años	más de dos años
alta ansiedad	35	20	33
baja ansiedad	13	7	10
	48	27	43

$$\chi^2 \text{ al } .05 = 5.99$$

$$gl = 2$$

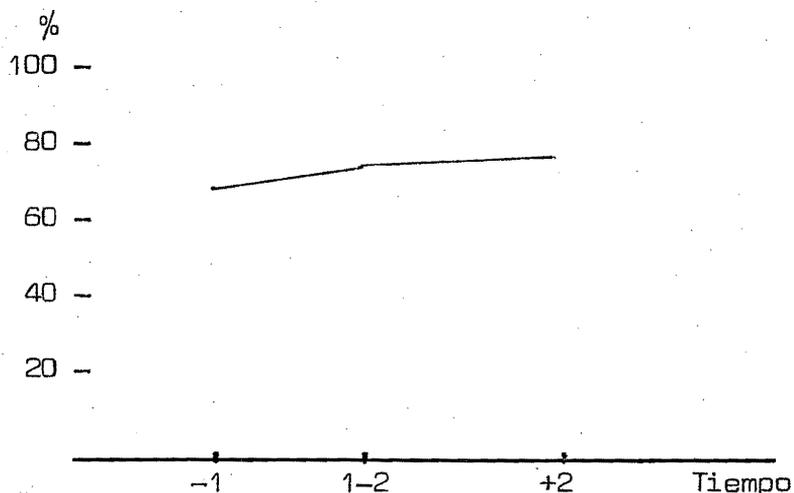
$$\chi^2 = .392$$

∴ se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .

TABLA 2.2. Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en ansiedad según su tiempo de permanencia en A.A.

Tiempo (años)	No. de Ss. con calif.	Porcentaje
-1	35/48	68.7
2-1	20/27	74.0
+2	33/43	76.7

FIGURA 2. Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en ansiedad.



3.3 DEPENDENCIA.

También en esta variable se acepta H_03 , a un nivel de significancia del .05. No existe ningún cambio significativo entre los sujetos con menos de un año de permanencia en A.A. los que tienen de uno a dos años de permanencia, y los que llevan más de dos años.

El programa de A.A. insiste mucho en la dependencia del sujeto alcohólico respecto del grupo al cual se incorpora buscando su rehabilitación. En la Primera Tradición se habla de la prevalencia del grupo sobre las personas, y en el Primer Paso se menciona la incapacidad del sujeto para lograr solo la sobriedad (cfr. Marco Teórico de esta tesis - Cap. sobre A.A.). El recalcar que el alcohólico carece de voluntad propia para dejar de beber, es la base para presentar que el apoyo del grupo es la fuente de toda efectividad en la terapia del sujeto. Para muchos de ellos es la primera vez que son acogidos dentro de un grupo en donde se les comprende, se les anima y se les toma como sujetos dignos de atención. En este sentido puede tratarse de una transferencia de la dependencia a la bebida hacia la dependencia al grupo humano que ha hecho posible la conducta de temperancia. Por eso Trice y Roman (cfr. Marco Teórico asp. terapias) hablan de que es más efectiva la rehabilitación de los alcohólicos dentro de A.A. si son sujetos con grandes necesidades de afiliación y gran dependencia a grupos humanos.

Hay que tener en cuenta que la personalidad de los sujetos alcohólicos está caracterizada por la dependencia. García Cisneros habla de dependencia a la figura materna sobreprotectora (cfr. Marco Teórico Aspecto Psicológico del Alcoholismo) y los Mc Corda (2) hablan de esta enfermedad como de una reacción simbólica a las relaciones satisfactorias de dependencia. Según ellos es el conflicto subyacente a la depen

dencia generado muchas veces por el paso brusco de etapas de afecto a etapas de rechazo en la infancia, lo que refuerza la dependencia de los sujetos y la convierte en dependencia al alcohol. No es de extrañar que el número de sujetos dependientes según los porcentajes obtenidos sea alto desde el primer año de permanencia en A.A. Puede ser que no estén conscientes de la nueva dependencia adquirida al aceptar la presión a la uniformidad que ejerce el grupo de A.A. No se ve dependencia por ser una característica ya probablemente arraigada en la manera de ser de los alcohólicos. La psicoterapia de grupo concebida como el mejor apoyo, y la aceptación de las normas del grupo, son los elementos que logran, a veces de manera exclusiva, la recuperación de los sujetos. Esto produce una enorme dependencia hacia A.A. y hacia sus normas, dependencia que el sujeto mantiene inconscientemente a través de su permanencia en el grupo.

Con respecto a los demás datos estadísticos, no aparece ningún cambio significativo en los grupos con respecto a la dependencia. No parece haber relación ni con el haber recibido otros tratamientos terapéuticos, ni con la edad, ni con el estado civil de los sujetos, su grado de escolaridad o su sueldo.

Tal vez podría afirmarse de esta variable lo que dicen Storm y Cutler (3) en el sentido de que los sujetos llevan ya al programa las disposiciones de dependencia que son básicas para implementarlo. Entonces la terapia no los cambia significativamente a este respecto.

TABLA 3.1 χ^2 de sujetos con alta y baja dependencia medida en sujetos con menos de un año de permanencia en A.A., de uno a dos años - y con más de dos años .

	menos de un año	de uno a dos años	más de dos años
alta dependencia	30	19	32
baja dependencia	18	8	11
	48	27	43

$$\chi^2 \text{ al } .05 = 5.99$$

$$\chi^2 = 1.55$$

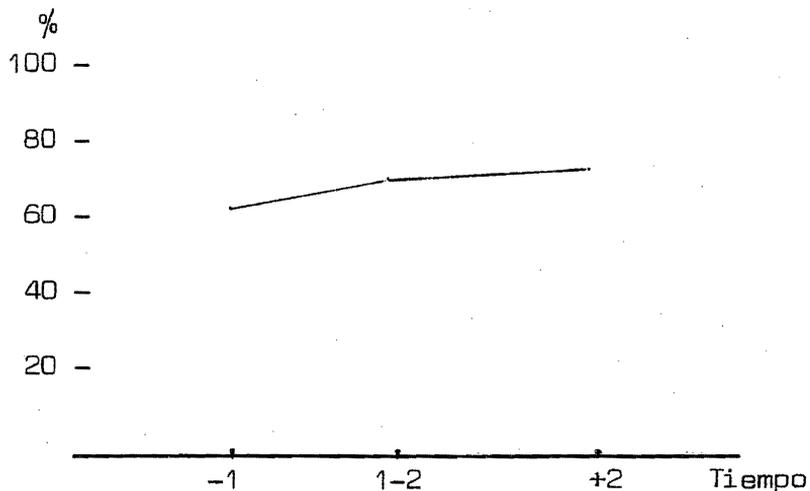
$$gl = 2$$

∴ se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .

TABAL 3.2 Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en dependencia según su tiempo de permanencia en A.A.

Tiempo (años)	No. de Ss. con calif. altas.	Porcentaje
-1	30/48	62.5
1-2	19/27	70.3
+2	32/43	74.4

FIGURA 3. Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en dependencia



3.4. DEPRESION.

Las diferencias entre el número de sujetos que manifiestan depresión en el primer año de permanencia, del primero al segundo año y a partir del segundo año en adelante, no fueron significativas al nivel de .05 utilizando el procedimiento de X^2 (ver tabla 4.1). A este nivel se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 . De esto se puede afirmar que el número de sujetos depresivos en la población estudiada es básicamente similar en los tres períodos estudiados. Sin embargo al plantearse la posibilidad de que la sensibilidad del tratamiento hubiera podido afectarse por la inclusión de tres períodos, se realizaron tratamientos independientes de X^2 para el número de sujetos que tenían menos de un año de permanencia y los que tenían de uno a dos años; para los sujetos que tenían entre uno y dos años de permanencia y los que tenían más de dos años, y para los sujetos que tenían menos de un año de permanencia y los que tenían más de dos años en A.A. Se encontro que no había una diferencia significativa entre ninguno de los períodos.

Posteriormente se comparó a otros dos grupos: el primero, de sujetos con menos de un año de permanencia y el segundo, de sujetos con más de cinco años de permanencia. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos, lo cual pone de manifiesto que el número de sujetos depresivos cambia significativamente a partir del quinto año de permanencia en A.A.

Por otro lado, en la tabla 4.3 y fig. 4, se observa que los porcentajes de sujetos depresivos sumentan paulatina mente, lo cual nos lleva a considerar que el número de sujetos depresivos aumenta significativamente a partir del quinto año y que los sujetos depresivos ocupan la mayoría de los sitios en A.A. a partir de ese mismo año..

Ahora bien, si el índice de sujetos depresivos aumenta esto nos conduce a la consideración de que posiblemente se-
tan sólo en el primer año cuando la depresión se vea efecti-
vamente contrarrestada. En efecto, desde su llegada a los -
grupos hay una aceptación que generalmente había sido perdi-
da en grupos anteriores: familiares, de trabajo, e incluso -
de amistad. El hecho de que se le permita hablar libremente -
pone en juego su capacidad de generar ideas; el hecho de que
las relaciones entre los miembros se den espontáneamente ge-
nera la imposibilidad del aislamiento, al mismo tiempo que -
se toleran incapacidades o ritmos lentos en el trabajo de -
equipo.

Es muy probable que la depresión se vea también contra-
rrestada en ese período por los aspectos cohesivos de los -
grupos. Desde el principio los sujetos se familiarizan con -
los objetivos de A.A. (los cuales, en un sentido muy amplio,
son el mantenerse sobrios, ayudarse mutuamente y realizar la
labor de proselitismo con otros alcohólicos), lo cual hace -
que la cohesión se vea impulsada. Si a esto aunamos el hecho
de que todos los miembros están ciertos del peligro que sig-
nifica una posible recaída, se comprende que la cohesión se-
intensifica aún más.

Los aspectos cohesivos tienen sentido si intentamos ex-
plicar el hecho de que existan diferencias significativas -
únicamente entre el número de sujetos que tienen menos de un
año y los que tienen más de cinco años de permanencia en A.A.
Por un lado, al principio es mayor el entusiasmo por lo nove-
doso del programa, por el empeño en llevarlo a cabo y por el
fuerte apoyo recibido por parte del padrino y del grupo. Con
el tiempo, los sujetos se deben enfrentar a las mismas difi-
cultades anteriores a la llegada a A.A. Por otro lado, la -
cohesión del grupo se ve afectada negativamente cuando las -

cosas se "normalizan" en el sentido de que se hace una rutina de ellas. A este respecto, Reeves (1971) (4) dice: "Si - los objetivos se están alcanzando y no se perciben amenazas-serias, sean internas o externas la cohesión se resentirá: - a este respecto, el grupo es como el individuo y un hombre-sano no piensa nunca en su salud".

TABLA 4.1 χ^2 de sujetos con alta y baja depresión medida en sujetos con menos de un año de permanencia en A.A., de uno a dos años y con más de dos años.

	Menos de un año	de uno a dos años	más de dos años
alta depresión	33	20	38
baja depresión	15	7	5
	48	27	43

$$\chi^2 \text{ al } .05 = 5.99 \quad \chi^2 = 5.14$$

$$gl = 2$$

∴ se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 .

TABLA 4.2 χ^2 de sujetos con alta y baja depresión medida en sujetos con menos de un año y con más de cinco años.

	menos de un año	más de cinco años
alta depresión	33	21
baja depresión	15	1
	48	22

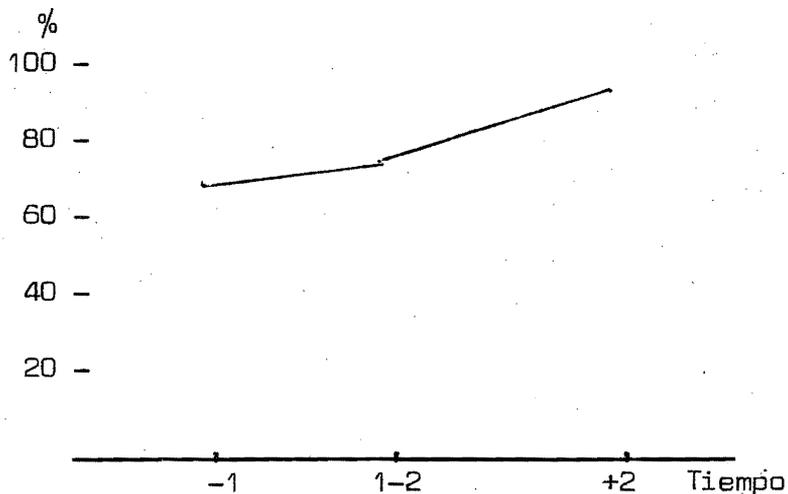
$$\chi^2 \text{ al } .05 = 3.84 \quad \chi^2 = 6.95$$

$$gl = 1$$

TABLA 4.3 Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en depresión según su tiempo de permanencia en A.A.

Tiempo (años)	No. de Ss. con calif. altas.	Porcentaje
-1	33/48	68.7
1-2	20/27	74
+2	38/43	88.3

FIGURA 4. Porcentaje de sujetos con calificaciones altas en depresión.



REFERENCIAS:

- 1.- Coleman J., citado por Whittaker, J.O., "Psicología", - Ed. Interamericana, México, 1971, pp. 517
- 2.- Mc Cord, J. citado por Cohen, A. "Deviance & Control", - Englewood Clifs, Prentice Hall, N.J., 1966, pp. 67-70
- 3.- Storm, Th. y Cutler, R. E. en "Alcoholism Treatment & Rehabilitation (Selected Abstracts). National Institute - of Mental Healt, Rockville, Maryland, 1972, p. 28
- 4.- Reeves, Elton T. "La dinámica del comportamiento de grupos" , Ed. Tecnos, México, 1971, p. 92

V. Limitaciones del estudio

V LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En el presente trabajo se contó con una serie de limitaciones que seguramente han incidido en los resultados obtenidos.

En primer lugar, la heterogeneidad de los sujetos estudiados, agrupados en su programa bajo la única condición de querer dejar la bebida. La muestra incluye personas de niveles socio-económicos y características culturales muy diferentes.

Una mayoría de los sujetos encuestados (96.6%) habían recibido otro tipo de tratamiento para su alcoholismo, diferentes del de Alcohólicos Anónimos. No se pudo tener en cuenta la influencia y lo variado de dichos tratamientos terapéuticos, así como su complementariedad o su eventual incompatibilidad con el de Alcohólicos Anónimos.

Por la razón anterior no se pudo controlar, y esto es especialmente importante en este estudio, el grado en que los sujetos manifestaban las características consideradas como variables antes de ingresar a A.A. y el grado en que dichas variables se hubieran podido modificar con los tratamientos previos o simultáneos al de A.A.

La mayoría de la muestra estudiada (66.94%) dice haber tenido un solo ingreso en A.A. Sin embargo, se pudo observar por lo dicho durante las sesiones, que los ingresos y egresos son múltiples y de duración variada, y de ahí las influencias dispares de los diferentes grupos de A.A. sobre los sujetos. Algunos pudieron contestar el cuestionario mientras asistían a reuniones en sus grupos habituales, mientras que otros respondieron en grupos en los que estaban de visita, influidos en mayor o menor grado por las características es-

peciales en que se vive el programa de A.A. según los grupos.

A pesar del esfuerzo realizado por hacer más comprensible el contenido del cuestionario, pudimos observar en algunos sujetos dificultad en comprender algunos reactivos.

Hay que añadir también el recelo que se observó hacia los investigadores de parte de los miembros de algunos grupos, principalmente aquéllos en los cuales el nivel de escolaridad era predominantemente bajo. Temían manifiestamente que los resultados de alguna investigación pudieran atentar contra las bases de su estructura, con la cual se encuentran abiertamente de acuerdo, incluso manteniendo una actitud conformista. Un problema que fue motivo de controversia en algunos grupos fue el anonimato; cada grupo es autónomo en el tratamiento de temas y en su propia conducción, apegados solamente a los principios generales que se encuentran en su literatura; de ahí que algunos miembros consideran el anonimato como estrictamente personal y otros a nivel grupal, con lo cual una investigación que no únicamente considere estadísticas puede ser nociva para A.A. en cuanto que podría poner en evidencia su funcionamiento. El anonimato que es más celosamente guardado es el personal, pero esto implica amplia relatividad, por la misma heterogeneidad de los sujetos expresada anteriormente.

Por las mismas características de su enfermedad, muchos sujetos han visto deteriorarse su físico y su intelecto y ven en el sistema de A.A. una estructura inmodificable, un tratamiento no susceptible de cuestionamiento.

Por esto último, si bien se contó la colaboración muy efectiva de un buen número de sujetos estudiados, en otros grupos se obtuvo poca colaboración, con muestras evidentes de rechazo y autosuficiencia.

A través del tratamiento de los datos que ha proporcionado la presente investigación se ha podido observar que las diferencias en las variables estudiadas en los períodos de tiempo seleccionados han sido mínimas, incluso insignificantes. Se puede deducir entonces que los sujetos llegan al programa de A.A. con determinadas características que cambian poco a través del tiempo, que el programa no funciona haciendo variar las características estudiadas, que dichas características no son susceptibles de variar en un tipo de tratamiento como el de A.A., o simplemente que los sujetos consideraron sus respuestas a los reactivos en base al mismo programa, con las expectativas que la organización tiene acerca de ellos en cuanto a sus conductas y actitudes. Esto es importante porque hace pensar que los sujetos podrían manifestarse de manera diferente en los grupos y en otros ambientes, como el familiar. Ello indicaría un cuestionamiento a la efectividad del tratamiento en A.A. en el sentido de llegar plenamente a los conflictos psicológicos precipitantes del alcoholismo.

El programa de A.A. no se enfoca a la superación de conflictos meramente personales sino a la reahabilitación del alcohólico y al mejoramiento de sus relaciones con otros grupos en los cuales debería complementarse su recuperación. Los problemas de fondo quedarían postergados, o podrían impedir al sujeto a buscar por otros medios la atención a las necesidades que no son satisfechas por el grupo. Este proporciona seguridad porque el individuo se encuentra en un medio en el que se le permite hablar de su problema sin las recriminaciones y juicios encontrados en los ambientes familiar, laboral, etc. Hay que considerar que un alto porcentaje de la población estudiada recurre a tratamientos preliminares generalmente insatisfactorios, y que el ser recibido en A.A. es la última alternativa de la que se echa mano. Si les resulta satisfactoria serán muy susceptibles a la dependencia que puede propiciar dicho grupo.

Los sujetos manifiestan tener un alto grado de hostilidad, ansiedad, dependencia y depresión, manteniéndolo sin -- grandes cambios en el período de tiempo estudiado, a pesar -- de lograr, en ese mismo período, notables y positivos avan-- ces en el logro de la sobriedad. Es comprensible que la ob-- tención de la temperancia en el beber concentre los esfuer-- zos psicológicos del alcohólico. Posiblemente el alcanzar -- una mejoría significativa en los aspectos de la personalidad estudiados implique períodos de tiempo mayores a los analiza-- dos en el presente estudio.

A pesar de lo anterior, los enfermos dejan de beber -- efectivamente, lo cual resulta en encomio de la labor reali-- zada por A.A. Por una parte, se convierten en seres producti-- vos, si bien algunos de ellos no habían dejado nunca de ser-- lo; se reintegran a sus familias, en donde pasan a cumplir -- el papel que había sido descuidado o abandonado; de ser una-- carga para los familiares pasan a ser generalmente los due-- ños de las decisiones y quienes responden por las responsabi-- lidades económicas de la familia y, sobre todo, se convier-- ten en verdaderos apóstoles del programa, llevándolo con -- ejemplo y dedicación a otros enfermos, convencidos de la -- efectividad del tratamiento. Contribuyen en gran medida a -- erradicar en su medio la problemática social que implica el alcoholismo.

Se hace indispensable el incremento de investigaciones que ayuden a la comprensión de la problemática alcohólica y, en última instancia, a su prevención y control. Sería de de-- sear que la investigación aquí emprendida sirviera de punto-- de partida para otras de mayor alcance metodológico y crítico. En primer lugar, podrían hacerse estudios con pruebas de personalidad que corroboraran las características que se han estudiado en otros países, o estudiar exhaustivamente la per-- sonalidad del alcohólico mexicano. Dentro de este mismo tópi

co de exploración, se podrían estudiar otras variables que pudieran influir en la conducta de beber en exceso, o los factores precipitantes hacia el alcoholismo. Específicamente con los Alcohólicos Anónimos, se podrían ampliar los períodos de tiempo aquí estudiados, aumentar el número de períodos, o hacer una correlación entre las características que los A.A. perciben en ellos mismos y las que perciben los seres que viven habitualmente con ellos. Sería interesante comparar otros tratamientos con el programa de A.A., haciendo uso de las mismas variables estudiadas y con el mismo instrumento, o hacer un estudio longitudinal de los sujetos que presente esta investigación, o de aquéllos que hubieran ingresado recientemente a A.A. Se espera, mientras tanto, que este estudio, a pesar de sus limitaciones, sirva como motivación a otros estudiosos de la conducta y la personalidad del ser humano, que tengan previsto investigar estos tópicos de la psicología y adentrarse en la comprensión del complejo problema del alcoholismo.

APENDICE A
CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () UNION LIBRE ()
VIUDO () DIVORCIADO () OTRO ()

ESCOLARIDAD: _____
(ULTIMO AÑO CURSADO)

OCCUPACION ACTUAL: _____

SUELDO: HASTA \$ 3,000.00 ()
HASTA \$ 6,000.00 ()
HASTA \$ 12,000.00 ()
MAS DE \$ 12,000.00 ()

¿QUE TRATAMIENTOS HA RECIBIDO FUERA DE ALCOHOLICOS ANONIMOS?

MEDICAMENTOS () TERAPIA DE GRUPO O INDIVIDUAL ()
PSICOANALISIS () OTROS ()

¿CUÁNTAS VECES HA INGRESADO EN A.A.? - _____

FECHA DEL PRIMER INGRESO EN A.A. _____

TIEMPO DE DURACION EN A.A. : _____

¿QUE SERVICIOS HA PRESTADO EN A.A. _____

ACTUALMENTE RECIBE OTRO TRATAMIENTO APARTE DEL PROGRAMA DE A.A.

SI () NO ()

OBSERVACIONES: _____

ESCALA DE AUTOMEDICION DE ADJETIVOS DE SHIPLAY-HARTFORD

APENDICE B

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente.
1. Enojado				
2. Temeroso				
3. Tranquilo				
4. Calmado				
5. Ambicioso				
6. Desvalido				
7. Mal humor				
8. Impaciente				
9. Sencillo				
10. Confortable				
11. Valiente				
12. Indeciso				
13. Amargado				
14. Aprensivo				
15. Bondadoso				
16. Controlado				
17. Confiado				
18. Humilde				
19. Regañón				
20. Espantado				
21. Afectuoso				

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continua- mente
22	Calculador			
23	Dominante			
24	Dócil			
25	Peleonero			
26	Nervioso			
27	Paciente			
28	Pacífico			
29	Impulsivo			
30	Quieto			
31	Descontento			
32	Atemorizado			
33	Simpático			
34	Ameno			
35	Fuerte			
36	Pasivo			
37	Hacerse odioso			
38	Tembloroso			
39	Tierno			
40	Relajado			
41	Independiente			
42	Aislado			
43	Irritable			
44	Tenso			
45	Confiado			
46	Sereno			
47	Poderoso			
48	Tímido			

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
49 Huraño				
50 Desequilibrado				
51 Desinteresado				
52 Firme				
53 Emprendedor				
54 Asustadizo				
55 Arisco				
56 Preocupado				
57 Expresivo				
58 Precavido				
59 Seguro				
60 Débil				

Escala de Ansiedad

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1.- Temeroso | 11.- Atemorizado |
| 2.- Calmado | 12.- Ameno |
| 3.- Impaciente | 13.- Tembloroso |
| 4.- Confortable | 14.- Relajado |
| 5.- Apreensivo | 15.- Tenso |
| 6.- Confortable | 16.- Sereno |
| 7.- Espantado | 17.- Desequilibrado |
| 8.- Calculador | 18.- Firme |
| 9.- Nervioso | 19.- Preocupado |
| 10.-Pacífico | 20.- Precavido |

Escala de Hostilidad

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1.- Enojado | 11.- Descontento |
| 2.- Tranquilo | 12.- Simpático |
| 3.- Mal humor | 13.- Se hace odioso |
| 4.- Sencillo | 14.- Tierno |
| 5.- Amargado | 15.- Irritable |
| 6.- Bondadoso | 16.- Confiado |
| 7.- Regañón | 17.- Huraño |
| 8.- Afectuoso | 18.- Desinteresado |
| 9.- Peleonero | 19.- Arisco |
| 10.-Paciente | 20.- Expresivo |

Escala de Dependencia

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1.- Ambicioso | 11.- Fuerte |
| 2.- Desvalido | 12.- Pasivo |
| 3.- Valiente | 13.- Independiente |
| 4.- Indeciso | 14.- Aislado |
| 5.- Confiado | 15.- Poderoso |
| 6.- humilde | 16.- Tímido |
| 7.- Dominante | 17.- Emprendedor |
| 8.- Dócil | 18.- Asustadizo |
| 9.- Impulsivo | 19.- Seguro |
| 10.-Quieto | 20.- Débil |

ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Test de Autocalificación	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación				
9. El corazón me late más de prisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

EXPLICACION DE LOS REACTIVOS.-

- 1.- enojado- enfadado
- 2.- temeroso - miedoso
- 3.- tranquilo - quieto
- 4.- calmado - sereno
- 5.- ambicioso - que busca el mando, el poder
- 6.- desvalido - desamparado
- 7.- mal humor - fastidiado
- 8.- impaciente - intranquilo
- 9.- sencillo - modesto
- 10.-confortable - que da apoyo
- 11.-valiente - que se arriesga
- 12.-indeciso - que no sabe qué hacer
- 13.-amargado - decepcionado
- 14.-aprensivo - que en todo ve peligro
- 15.-bondadoso - que busca hacer el bien
- 16.-controlado - dueño de sí
- 17.-confiado - apartado
- 18.-humilde - no orgulloso
- 19.-regañón - que reprende constantemente
- 20.-espantado - asustado
- 21.-afectuoso - cariñoso
- 22.-calculador - que busca ventaja
- 23.-dominante - autoritario
- 24.-dócil - obediente
- 25.-peleonero - que le gustan los pleitos
- 26.-nervioso - intranquilo
- 27.-paciente - que sabe esperar
- 28.-pacífico - no agresivo
- 29.-impulsivo - que actúa sin pensar
- 30.-quieto - sosegado
- 31.-descontento - disgustado
- 32.-atemorizado - asustado

- 33.-simpático - agradable
- 34.-ameno - entretenido
- 35.-fuerte - aguantador
- 36.-pasivo - inactivo
- 37.-hacerse odioso - antipático, repulsivo
- 38.-tembloroso - que tiembla
- 39.-tierno - cariñoso, delicado
- 40.-relajado - no rígido
- 41.-independiente - autónomo, libre
- 42.-aislado - apartado
- 43.-irritable - enojón
- 44.-tenso - rígido
- 45.-confiado - que todo se lo cree
- 46.-sereno - apacible
- 47.-poderoso - que manda
- 48.-tímido - vergonzoso
- 49.-huraño - arisco
- 50.-desequilibrado - inestable
- 51.-desinteresado - ayuda sin buscar recompensa
- 52.-firme - perseverante, seguro
- 53.-emprendedor - decidido
- 54.-asustadizo - miedoso
- 55.-arisco- intratable, huraño
- 56.-preocupado - angustiado
- 57.-expresivo - que manifiesta lo que siente
- 58.-precavido - previsor
- 59.-seguro - convencido, estable
- 60.-débil - no enérgico

(de las afirmaciones)

- 1.- abatido - desanimado
- 2.- melancólico - triste, nostálgico
- 3.- constipación - resfriado, con catarro

APENDICE E

México, D. F., marzo de 1977.

SEÑORES MIEMBROS DE LOS GRUPOS DE A.A.

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos presentar a -
ustedes a dos estudiantes de Psicología, quienes están inte-
resados en el estudio del alcoholismo y especialmente de los
grupos de A.A. en nuestro país.

Por los beneficios que puede reportar dicha investiga-
ción para la recuperación de nuestros miembros, rogamos a us
tedes los atiendan como siempre lo han hecho con las perso--
nas que se interesan en esta confraternidad de A.A.

Atentamente.

Sr. Jorge González Ancira.

Dr. Héctor García Cisneros

APENDICE F

México, D. F., marzo de 1977.

SRES. MIEMBROS DE
GRUPO DE A.A.
P r e s e n t e .

Somos un grupo de psicólogos interesados en los problemas del alcoholismo, sus causas y su tratamiento en general, y los procesos de recuperación en los grupos de A.A.

Por lo anterior, pedimos su colaboración para que respondan a dos cuestionarios, uno de los cuales es una hoja estadística y otro, una escala de motivaciones, ambos completamente anónimos.

Por medio de estas dos formas, esperamos obtener datos que sean de utilidad para los grupos de A.A. y opinar sobre la recuperación de sus miembros.

Teniendo en cuenta que Alcohólicos Anónimos es indispensable en nuestro medio y cuyo progreso es de interés para toda la sociedad, agradecemos su colaboración de antemano.

Atentamente.

Patricia Villanueva G.

Rosa Quezadas y F

Cesáreo Morales V.

Rodrigo Páez M.

BIBLIOGRAFIA GENERAL :

1. BELSASSO, G., "Alcoholismo", CEMEF, México, 1975
2. BERRUECOS, A., "Más de tres millones de mexicanos tendrán problemas graves de alcoholismo para 1980", Organoinformativo, U.A.M., México, 24 de febrero de 1977
3. BLAKE, J., y FINGSLEY, D., "Norms, values and sanctions" Ed. Handbook of sociology, Chicago, 1964
4. BLEGER, J., "Psicología de la conducta", Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1963
5. BOHORQUEZ, R., "La trabajadora social ante el problema del alcoholismo", Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México, 1966
6. BOURNE, P.G. y COL., "Alcoholism", Academic Press, 1973
7. CABILDO, H. M., "Consideraciones sobre el alcoholismo", Salud Pública en México, Dirección de Programación y Estudios Económicos del D.D.F., Excelsior, 8 de febrero de 1977
8. CAMPUZANO, M., "Conferencia inaugural del IV Congreso Internacional de Gastroenterología", Novedades, México, enero de 1977
9. CAMPUZANO, M., "México, primer lugar en cirrosis hepática", Novedades, México, 21 de enero de 1977
10. CARWRIGHR, D. y ZANDER, A., "Dinámica de Grupos", Ed. Trillas, México 1975
11. CLINARD, M. B., "Sociology of deviant behavior", Holt, Rinehart and Winston Inc., New York, 1968
12. COHEN, A., "Deviance and control", Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey, 1966
13. CUELI, J. y REIDL, L., "Teorías de la personalidad", Ed. Trillas, México, 1975
14. DAJER, F., GUEVARA, L., WOLPERT, E. y KERSHANDOVICH, D., "Características epidemiológicas del alcoholismo en enfermos con cirrosis hepática en México", Instituto Nacional de la Nutrición, México, 1977

15. DE ANDA, M. del S., "El enfermo alcohólico y su rehabilitación en Alcohólicos Anónimos", Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, Tesis, 1968
16. DEL HIERRO, J.L., RAMIREZ, e HINOJOSA, J., "Alcoholismo" Escuela Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, México, 1976.
17. DE LA PEÑA, C.M., "Estudio socio-económico del enfermo - alcohólico", Clínica de Neuropsiquiatría, Tlatelolco, México, 1971
18. VARIOS, "Diccionario de Psicología", F.C.E., México, - 1948
19. "Diez mil expendios clandestinos de bebidas alcohólicas - en el cinturón de vicio" del D. F.", Excelsior, México, - 8 de febrero de 1977
20. ELIZONDO, J.A., "El problema del alcoholismo en los derechohabientes del IMSS", Rehabilitación de alcohólicos - del Hospital psiquiátrico del IMSS, México, 1976
21. GARAUDY, R., "La Alternativa", Ed. Tiempo Nuevo, Caracas 1972
22. GARCIA CISNEROS, H., CASTELLA, M. C. y MORA, A., "Manejo institucional del Paciente alcohólico", Trabajo particular, México, 1970
23. GARCIA CISNEROS, H., "El manejo del paciente alcohólico" Dirección General de Sanidad Militar", México, 1966
24. GUERRA GUERRA, A., "El alcoholismo en México", Archivos - del Fondo, F.C.E. México, 1977
25. GURAIEB IBARROLA, R., "El alcoholismo como destino", Revista Mundo Médico, 1976
26. HALBERSTAM, M., "La mujer alcohólica es un problema oculto y sin atención", Excelsior, México, 25 de mayo de - 1977
27. JELLINEK, E.M., "The disease concept. of alcoholism", Hillhouse Press, New Brunswidt, N.J., 1960.

28. JAMES, W., "The varieties of religious experience", New-York, 1902
29. LEMERT, E.M., "Social pathology", Mc Graw-Hill Book Company, Inc. 1951
30. LERTORA, A.A., "Cuestiones psicológicas a un nuevo nivel científico", Ed. del autor, La Plata, Argentina, 1965
31. LINDGREN, H.C. "Introducción a la Psicología social", - Ed. Trillas, México, 1975
32. MELENDEZ, A.M., "Problemas socio-económicos que presentan los casos de defunción por el alcoholismo en el Hospital General del IMSS", Escuela Nacional de Trabajo social, UNAM, México, 1969
33. MERTON, R.K., "Teoría y estructura sociales, F.C.E., México, 1964
34. MURRAY, R. y SPIEGEL, O., "Estadística", Libros Mc Graw-Hill, Bogotá, Colombia, 19.3
35. NEGRETE, C., "El alcohol y las drogas como problemas de salud en América Latina", Boletín O.P.S., agosto de 1976
36. OCON ROCHA, L.R., "Estudio sobre alcoholismo, problema social y repercusión en los hijos", I.M.S.S., Clínica - T-1, León, Gto. 1976
37. PROSHANSKY, H. y SERDINBERG, B., "Psicología social", - Ed. Tecnos, Madrid, 1973
38. VARIOS, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, Vol - XIX, Año 19, No. 11-12, 1976
39. VARIOS, Revista Médico Moderno México, mayo de 1975
40. SANCHEZ HERRERA, P., "Alcoholismo", Escuela Normal de Especialización, México, 1976, Trabajo inédito
41. SANTOSCOY, M.T., "El ciento por ciento de los alcoholícos pueden curarse", El Sol de México, 9 de enero de - 1977
42. SANTOS VALDES, "El alcoholismo mexicano en cifras", Testimonios y Documentos, El Día, 16 y 17 de febrero de - 1977

43. SIEGEL, S., "Estadística no paramétrica", Ed. Trillas, - México, 1975
44. SILVA, M., "Alcoholismo y accidentes de tránsito", Salud Pública en México, Epoca V. Volumen XIV, Número 6, No- - viembre-diciembre de 1972
45. VARIOS, "Alcoholismo", Revista Tiempo, México, 25 de ju- lio de 1977
46. VARIOS, "Alcoholism Treatment and rehabilitation", (Se- - lected Abstracts), National Institute of Mental Health, - Rockville, Maryland, 1972
47. VARIOS, Simposio Latinoamericano Sobre Alcoholismo", San- tiago de Chile, 1969
49. VAZQUEZ VIGO, M., "El alcoholismo y la salud integral", - Salud Pública en México, Epoca V, Volumen XV, Número 1, - Enero-febrero de 1973
49. VINCENT, M., "Alcoholismo", Universidad Iberoamericana, - México, 1976, Trabajo inédito
50. WALTER, H., "La psicología aplicada a la vida y al traba- jo", Ed. Herrero Hermanos, Sucs., México, 1964
51. YATES, A.J., "Terapia del comportamiento", Ed. Trillas, - México, 1973
52. ZAIJAR, M.E., "Efectos sociales del alcohol", Escuela Na- cional del Trabajo social, UNAM, México, 1958
53. ZUNINI, G., "Homo religiosus", Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1970