

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS -**

**“ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL,
UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO
ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991”**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARISA SOLEDAD DE LEÓN NAJERA

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2012

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG.1300-91

DIR. 1,582- 2012

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

13 agosto de 2012

Estudiante

Marisa Soledad de León Najera

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO GUION DOS MIL DOCE (1,574-2012), que literalmente dice:

"UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL, UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991"**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Marisa Soledad de León Najera

CARNÉ No. 8510743

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por Licenciado Lionel Antonio De León Pleitez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



/ gaby



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

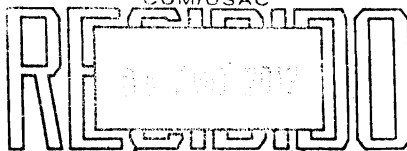
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA:

HORA:

Registro:

15:30

1300-91

Reg. 1300-91
EPS. 215-2012

21 de junio del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Marisa Soledad de León Najera**, carné No. 8510743, titulado:

"ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL, UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991."

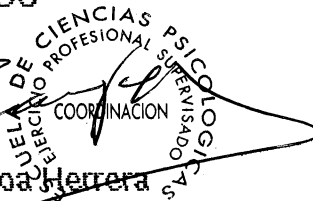
De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Lionel Antonio De León, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



JDg.

c.c. Control Académico
Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 1300-91

EPS. 215-2012

13 de junio del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador de EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Marisa Soledad de León Najera**, carné No. 8510743, titulado:

"ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL, UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991."

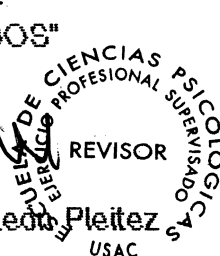
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Lionel Antonio De León Pleitez
Revisor



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 1300-91

EPS. 215-2012

10 de octubre del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Marisa Soledad de León Najera**, carné No. **8510743**, titulado:

"ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL, UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991."

De la carrera de: **Licenciatura en Psicología**

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Oscar Josue Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor

/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

28 de julio del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador de EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM, zona 11

Respetable Licenciado:

Por este medio yo Luis Alberto Vallejo Ruiz, Titular XI de la Escuela de Ciencias Psicológicas, con número de colegiado 589 del Colegio de Psicólogos de Guatemala, hago de su conocimiento que la estudiante **Marisa Soledad de León Najera**, con número de carné 8510743, realizó Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura en Psicología en el patronato Antialcohólico de Guatemala, titulado:

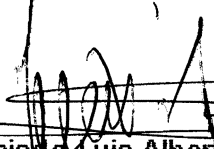
"ALCOHOLISMO Y DESINTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL, UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991."

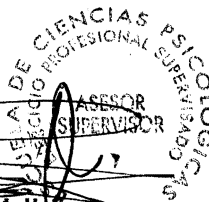
Se hace constar que la estudiante cerró currículo en 01 de Febrero de 1990, según punto de acta de Consejo Directivo décimo segundo del Acta 18-91 de fecha 31 de mayo-1991. Así mismo, se tiene carta de aprobación de proyecto de Consejo Directivo, Punto vigésimo cuarto del acta (13-91) de fecha 22 de abril -1991, en la que aparezco como persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requeriente y por parte de esta Unidad Académica.

Durante el tiempo de realización de Ejercicio Profesional Supervisado, la estudiante llenó los requisitos correspondientes, no teniendo a la fecha ningún aspecto pendiente.

Sin otro particular, se extiende la presente a los veintiocho días del mes de julio de año dos mil doce.

Atentamente,


Licenciado Luis Alberto Vallejo USAC
Asesor-Supervisor de EPS
Patronato Antialcohólico de Guatemala



c.c. Archivo



**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS**

EDIFICIOS: "M 5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760780-84 Y 760988-88.
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
DEDIPs.
Asesor
Archivo

REG. 1300-91

CODIPs. 510-91

DE APROBACION DE PROYECTO Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR E.P.S.

Junio 10 de 1991

Estudiante
Marisa De León De Salazar
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos transcribo a usted el Punto VIGESIMO CUARTO del Acta TRECE NOVENTA Y UNO (13-91) de Consejo Directivo de fecha veintidós de abril del año en curso, que literalmente dice:

"VIGESIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -E.P.S.-, el cual se realizará en el Centro de Práctica del Patronato Antialcohólico de Guatemala, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por el estudiante:

MARISA DE LEON DE SALAZAR

CARNET No. 85-10743

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Luis Alberto Vallejo Ruiz, M.Ed., y supervisor al Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Víctor Hugo Lemus
SECRETARIO



DEDICATORIA

A Dios

Mis padres Mario René de León C. María Dolores de León

Mi esposo Erwin Salazar Milian

Mis hijos Erwin Eduardo y Mayka, Sergio Iván y Claudia Marisol

Mis hermanos René, Lizet, Nineth, Paty, Cecy, Ronald y Jaime

En especial a mis hermanos Mario Alberto y Carlos Humberto , siempre presentes.

A toda mi familia en especial a mi sobrino Mauricio Javier quien dejo un vacio en nuestras

vidas, muy temprano.

A todas mis amigas y compañeras de trabajo.

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles."

BRECHT, Bertolt

INTRODUCCIÓN

La Universidad de San Carlos de Guatemala. Tiene como objetivos la proyección social, efectuándolas a través de sus diferentes Unidades Académicas, razón por la cual la Escuela de Ciencias Psicológicas ha creado el Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), el que pretende brindar al estudiante la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, a través del estudio de los problemas psicológicos y sociales, técnica y conscientemente, ensayar posibles soluciones, y así introducir al estudiante a una investigación documental previo a obtener el título de profesional.

El propósito de efectuar este E.P.S., es la de enfrentar al futuro profesional de la psicología con la realidad objetiva del país, que la permitirá conocer las condiciones económicas , sociales y psicológicas, permitiéndole estar en contacto con los problemas de nuestra sociedad, en este caso particular con el problema del alcoholismo.

El alcoholismo es causa del deterioro de la actividad social, laboral y familiar, y así mismo de propio individuo. Se debe tomar en consideración que personas de valiosos conocimientos en la población activa guatemalteca, profesionales de cualquier rama, se han deteriorado paulatinamente por una conducta alcohólica sostenida, llegando a dejar de aportar sus conocimientos y trabajo al desarrollo del país. Debido a que nuestra sociedad fomenta el uso y abuso del alcohol.

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

EL informe del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) efectuado en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, contiene datos sobre la institución y sus diversos subsistemas, su desarrollo en cuanto a la prestación de servicios y a la erradicación del problema alcohólico. Además se incluye la descripción de conceptos generales sobre el síndrome alcohol-dependencia, su incidencia y prevalencia en la población guatemalteca, así como sus efectos a nivel físico.

Se detalla información estadística en cuanto a su consumo, producción y epidemiología en el ámbito nacional. En los siguientes capítulos se plantean los objetivos del Ejercicio Profesional Supervisado, la metodología aplicada y los logros del mismo. Además el problema objeto de la investigación y los resultados de las áreas de docencia, servicio e investigación, estos últimos amparados en un documento de sustentación teórica, que permitió la obtención del perfil integral del paciente alcohólico internado.

En el servicio se atendieron pacientes (internos y externos) ofreciéndose terapias psicológicas, también se brindaron charlas y/o conferencias informativas y de prevención a población en riesgo. En docencia se impartieron clases teóricas y charlas preventivas entre los programas de implementación de la Institución.

En la investigación se propusieron 18 variables para el problema general y 4 variables específicas de los problemas de los pacientes internados, los cuales arrojaron datos importantes, como la mayor incidencia en casados y las motivaciones que condujeron al sujeto a las ingestas.

A lo largo del informe se hace un recorrido analítico de los resultados, con énfasis en los logros alcanzados y sus limitaciones, para ofrecer las conclusiones y recomendaciones que puedan coayudar a una mejor atención del paciente alcohólico y por lo tanto sean beneficiosos para la Institución y a futuros e pesistas, que decidan profundizar en el tema.

CAPÍTULO 1 DESCRIPCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1.1.1 HISTORIA Y OBJETIVOS

El Patronato Antialcohólico de Guatemala se fundó en 1945, por iniciativa de un grupo de altruistas ciudadanos, cuya visión era la de combatir el alcoholismo y ayudar a las víctimas del alcohol a recuperarse.

Nació como entidad de servicio social, y el grupo fundador, compuesto por 15 personas, logro que el gobierno del entonces Presidente Dr. Juan José Arévalo Bermejo, emitiera el correspondiente Acuerdo Gubernativo de creación, fechado el 24 de julio de 1946, aunque es de señalar que las labores se iniciaron el 15 de noviembre de 1945.

La dirección de la Institución estuvo a cargo de Juntas Directivas, integradas por los a portantes; en 1968 los estatutos de la Institución fueron revisados y modificados por Acuerdo Gubernativo y, en 1986, por problemas en su interior, el Gobierno intervino nombrando un primera Comisión Interventora.

El Patronato se constituye bajo los ideales que se inscriben dentro de los siguientes objetivos:

- Promover, organizar y llevar a cabo en toda la república, la lucha contra el consumo inmoderado de bebidas embriagantes, de acuerdo con un plan general, basado en métodos científicos aplicados a nuestro medio.
- Gestionar la emisión de leyes, reglamentos y demás disposiciones de observancia general, que tiendan a restringir convenientemente el alcoholismo.
- Recaudar, manejar e incrementar los fondos destinados a la realización de sus fines.
- Difundir, por todos los medios a su alcance, las nociones relativas al alcoholismo, causas, manifestaciones y efectos.
- Crear, hasta le permitan sus propios recursos institucionales, dependencias dedicadas a combatir el alcoholismo individual.
- Cooperar en las actividades y funcionamiento de los establecimientos de la misma índole, sostenidos con fondos del estado.
- Gestionar la interdicción o reclusión obligatoria de los ebrios consuetudinarios a quienes convenga aplicar esas medidas.
- Velar por los dependientes de los alcohólicos reclusos; así como por las esposas o hijos abandonados o maltratados por los adictos al alcohol.

- Establecer delegaciones del Patronato en las cabeceras departamentales, con el fin de que la campaña se realice también fuera de la capital.
- Relacionarse asiduamente con las Instituciones similares y con aquellas que, aún siendo de índole diferente, luchan contra el alcoholismo.
- Estudiar las distintas fases que tiene el problema del alcoholismo en Guatemala, tanto desde el punto de vista de sus orígenes y alcances o extensión, como el de sus consecuencias, repercusiones sociales o individuales, medios prácticos para combatirlo, etc., elaborando las estadísticas del caso y llamando la atención, tanto del público, como de las autoridades acerca de dicho problema y sus varios aspectos.¹

1.1.2 Ubicación Física

El patronato Antialcohólicos de Guatemala, conocido también como Liga Antialcohólica o Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico, se encuentra ubicado en Avenida de Petapa y 23 Calle, 18-08, zona 12, de la Ciudad Capital.

1.1.3 Organización

El Patronato Antialcohólico como entidad intervenida, está dirigida por una Comisión Interventora, sucesora de otra anterior, integrada así: Presidente, Coordinador Académico Profesional y Auditor, responsables de la planificación organización y dirección.

¹ Datos extraídos de los Estatutos del Patronato Antialcohólico de Guatemala, Acuerdo Gubernativo, 1946.

1.1.3.1. Departamento Administrativo-Contable

Se encarga de llevar el control administrativo, de personal y el de las finanzas de la Institución; está integrado por un Contador General, un Encargado de Almacén, un Auxiliar de Auditoría y una Secretaría, quien también presta sus servicios a la Comisión Interventora.

1.1.3.2. Departamento Médico

Compuesto por tres médicos, uno de ellos en función de Médico Director, distribuido en turnos: dos de servicio diurno y uno nocturno. Se encargan de evaluar y diagnosticar el estado físico de los pacientes a su ingreso, ordenando el tratamiento de desintoxicación que amerite y otros colaterales, manteniendo observancia diaria sobre la evolución del paciente. El tratamiento de vitaminas pérdidas, así como estabilización de los estados nervioso y nutricional.

Por su parte, el personal paramédico está compuesto por once enfermero, encargados de la atención directa de los internos, alternándose según rol diurno y nocturno. Este personal acata las directrices del Departamento Médico, ejecutando el suministro de la terapia medicamentosa y otras atenciones, tales como obtención de muestras para laboratorio, evaluación de signos y síntomas, así como prestación de atenciones de urgencia.

1.1.3.3. Departamento de Psicología

Encargado de evaluar psicológicamente al paciente y del tratamiento psicoterapéutico. Está compuesto por: un Supervisor Coordinador (psicólogo graduado), 5 e pesistas a cargo del servicio, distribuidos durante los siete días de la semana, 12 estudiantes practicantes de los grados de 4° y 5° de la Escuela de

Psicología de la Universidad de San Carlos, que desarrollan su práctica en dicho centro. Las labores que ejecuta este Departamento se describen así:

- Con base a un listado proporcionado por el Encargado de Portería, se establece el número y nombres de los pacientes ingresados durante las últimas 24 horas. Este listado es entregado a un e pesista, encargado del turno diario, para que asigne pacientes a los practicantes y a él mismo.

- Breve evaluación-entrevista de los pacientes recién ingresados, ofreciéndole el servicio del Departamento, asignándoles al terapeuta que a juicio del e pesista debe atenderlos. Se utiliza una boleta de cita y se le da al paciente; ésta contiene hora de la cita y el nombre del terapeuta.

- El paciente se presenta al Departamento a la hora indicada y con el terapeuta asignado, éste obtiene de él sus datos generales, familiares, de trabajo, historia de su ingesta y forma de interrelacionarse socialmente. Se proporciona al paciente la primera terapia de apoyo o de urgencia, poniéndole a su disposición los servicios del Departamento para que, a su egreso, se integre como paciente externo regular, estableciéndose además la primera cita.

- El terapeuta redacta la primera hoja de evolución sobre el caso, hoja que ira anexa a la ficha médica, y es la constancia de que el paciente fue atendido por el Departamento de Psicología. Se elabora otra para el expediente psicológico confidencial anotando examen mental y la impresión clínica.

- Se ingresa el nuevo expediente o ficha psicológica confidencial en el archivo del Departamento, numerándolo y registrándolo en el libro correspondiente; éste libro servirá para llevar la estadística y para referencia a la consulta externa.

-Servicio de atención a pacientes de consulta externa, para lo cual cada terapeuta lleva el registro de las evoluciones dentro del plan terapéutico elaborado.

-Atención primario o de prevención. Se imparten charlas y conferencias a empresas particulares y del Estado, entidades y estatales, así como a personal de hospitales y grupos de alcohólicos que solicitan los servicios.

1.1.3.4. Consejeros Antialcohólicos

Está formado por dos personas que se encargan del Grupo Institucional “Alfa y Omega” y están versadas en el sistema de Alcohólicos Anónimos. Forman parte del personal de planta del Patronato.

1.1.4 Aportaciones y Limitaciones de la Institución

Durante los últimos dos años, el Patronato Antialcohólico ha desarrollado diferentes programas en consonancia con sus objetivos de lucha contra el flagelo del alcoholismo en Guatemala y en especial en pro de la recuperación del enfermo alcohólico, tanto a nivel físico como a nivel psicológico además en lo que respecta al campo de la prevención (atención primaria) se ha desarrollado una actividad consistente.

De los logros alcanzados por la Institución se expone una breve síntesis a continuación: En el año de 1,990 se brindó atención hospitalaria a 1521 pacientes, de los cuales 1451 fueron hombres y 70 mujeres; de este total, fueron atendidos por su Departamento de Psicología 726 internos y 291 como externos o de seguimiento; se brindó 109 terapias familiares y 589 terapias grupales. Durante 1,991 la atención abarcó un total de 1236 pacientes, de los cuales 1260 fueron hombres y 76 mujeres,

atendiéndose por el Departamento de Psicología 1121 como internos y 1178 como externos; se suma la atención en cuanto a 233 terapias familiares y 392 terapias grupales.

En lo que se refiere a la atención primaria o de prevención durante los años 1,990 y 91, se ofrecieron 28 charlas a centros educativos de nivel primario y secundario (tanto privados como nacionales) y 32 charlas y conferencias a Instituciones públicas y privadas.

El patronato hasta el momento no ha podido cumplir totalmente con sus objetivos, debido a limitación económica, especialmente en lo relacionado con la prevención; tanto en recursos humanos, como material de apoyo. Se hace necesario indicar que la ayuda económica gubernamental es exigua.

Los síndromes psicopatológicos más comunes detectados durante los años 1,990-91 entre la población internada son: Neurosis de Angustia, Problemas de personalidad, Depresión y Psicosis Alcohólicas relacionadas con la abstinencia (Korsakoff, Wernicke y Delirium Tremens).

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PSICOLÓGICO PRINCIPAL

1.2.1 Características del Alcohol y del Alcoholismo

De acuerdo con investigaciones etimológicas, se sabe que el término “alcohol” se deriva del vocablo árabe Al-Kohl, que significa antimonio en polvo, cosa tenue, ilusoria. Hasta el momento no se tiene idea exacta del origen del alcohol, pero conforme a historiadores y antropólogos, esta sustancia se empezó a producir a partir del inicio de la agricultura y las primeras bebidas fermentadas fueron derivados de zumos de frutas, en forma más destacada de la uva.

En cuanto a la composición química del alcohol etílico como droga, este pertenece a la serie de los hidrocarburos hidroxilados, su fórmula abreviada es C_2H_6O y se produce por descomposición de carbohidratos vegetales a través de los procesos de fermentación y destilación. Es conocido como droga por sus efectos depresores sobre los sistemas nervioso central y periférico, añadiéndose que la mayor concentración en grados no se alcanza recién destilado, sino entre más envejece.

A partir de lo anterior se hace necesario, entonces, describir con propiedad lo que corresponde a la Farmacodependencia, que constituye el punto de partida de todo estudio sobre adicciones, destacándose el concepto vertido por la Organización Mundial de la Salud que dice: “Estado psíquico y a veces físico caracterizado por la compulsión a ingerir o recurrir a una sustancia química, en forma continua o periódica para sentir sus efectos y, en ocasiones, evitar el malestar de su abstinencia. Puede o no haber tolerancia y se puede desarrollar dependencia a más de una sustancias”.²

De acuerdo con este concepto, habrá dependencia psíquica cuando la ingesta de la droga causa un estado satisfactorio que impulsa al individuo a recurrir a su uso para obtener nuevamente placer y obviar los estados que la abstinencia provoca y, por su parte, la dependencia física estará instalada cuando la cantidad del fármaco disminuye en el cuerpo y ello conlleva problemas físicos, que en cada droga, son particulares, situación que conduce a la Neuroadaptación³, (término adaptado por la OMS, para describir los cambios adaptativos neuronales, así como la tolerancia física, tomando en consideración que ambas son paralelas). En ese mismo sentido para la OMS la dependencia por su intensidad puede presentar las características siguientes:

Compulsión subjetiva al uso de la droga cuando se intenta reducir su consumo; deseo

² CLARK, W.G. y Cols. “Principios de Psicofarmacología” Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1974.

³ MADDEN, J.S. “Alcoholismo y Farmacodependencia” Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V.

manifiesto de dejar la ingesta del fármaco, aunque se continúe su uso; la droga se ingiere en forma característica e invariable en cada individuo; aparecimiento de la neuroadaptación; prioridad en la conducta de consumo o del fármaco, obviando otras conductas y motivaciones; el síndrome puede reaparecer luego de un periodo sin ingerir la droga (abstinencia). Estos conceptos son validos para la ingesta de alcohol, pues este causa dependencia y provoca cambios a nivel del cuerpo, de la mente y de la conducta, percibidos como una pérdida de control en cuanto a su consumo⁴.

Ahora bien, si toma en consideración lo aseverado por la OMS y se relaciona con el alcoholismo, así: Conformación de excesos y abusos habituales, constitucional o socialmente determinados, con ansias y exigencias por el alcohol, a causa de sus efectos estimulantes, sedantes y sociales (supresión de inhibiciones a expensas de una disminución de eficacia, olvido de la responsabilidad, etc.).⁵

Vistas así las cosas. Es innegable que el alcoholismo es una enfermedad y de carácter crónico, causada por la ingestas de grandes cantidades de la droga durante un largo periodo: clínicamente se puede reconocer porque el paciente muestra una urgente necesidad de ingerir alcohol, inhabilidad de controlar la ingestas, después de beberlo aun en cantidades mínimas e ingerirlo más frecuentemente de lo planeado. Se reconoce también por la necesidad de la “copa matutina”, tomándola además en horas de actividad o trabajo, para terminar la jornada.

Sin embargo, y para una mejor comprensión de este síndrome y sus fenómenos, se necesita conocer su etiología, ubicándola dentro de una visión integral que parte de las siguientes premisas:

⁴ Idem

⁵ Idem

-Puede identificarse como con un conjunto de síntomas y signos relacionados con el alcoholismo o “adicción al alcohol”, se su clasifica en tipos que reflejas la influencia de factores secundarios.

-Síndrome multifactorial que existe en diferentes grados.

- Por la misma razón, los efectos que el consumo o excesivo de alcohol produce en cualquier individuo, son susceptibles de análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmacodependiente.

-el síndrome se caracteriza por el hecho de que el sujeto afectado manifieste alteraciones de la conducta, de la subjetividad, del organismo y sus funciones.

-El síndrome de dependencia del alcohol es condición diagnosticable, en la que interactúan factores ambientales y sociales, con los que son propiamente orgánicos o biológicos.

-S. Pee llama a las causas “fuentes de la adicción” y las clasifica así: internas y externas comprendiendo ambas, factores individuales, sociales, psicológicos y orgánicos. Las internas están ligadas a la vida personal y a la subjetividad, las externas se relacionan con la influencia del medio.

G. Edwards dice que existen diversas causas que actúan en un momento dado; ciertos factores pueden haber influido en etapas anteriores de la vida del sujeto y orientado su conducta como bebedor. Afirma que no existe causa aislada, sino concurren causas múltiples factores causales de un momento dado y conductas del bebedor moldeados por factores del pasado; las causas que se señalan no son mutuamente excluyentes⁶.

Para los efectos de identificación de la etiología del alcoholismo, se hace necesaria la utilización de las siguientes directrices:

⁶ VELASCO FERNÁNDEZ, Rafaél “Alcoholismo, Una Visión Integral” Edit. Trillas, S.A. de C.V. México, 1988.

- Beber en exceso para lograr efectos de la droga: El alcohol es una droga capaz de mitigar a corto plazo una amplia variedad de sentimientos desagradables: ansiedad, depresión, conflictos existenciales, necesidad de reafirmación de sentimientos de valía personal, masculinidad o poder.
- Consumo excesivo por razones psicodinámicas: Se consideran los valores simbólicos que el alcohol tiene para los individuos de una cultura y las características inconscientes de estos valores (P. ej.: Identificación del individuo con el padre alcohólico u otra figura importante en su infancia).
- Consumo excesivo debido a influencias socio culturales: No se refiere a las situaciones culturales productoras de ansiedad, sino a los factores socioculturales, económicos y ambientales que favorecen el exceso en el bebe o que ponen al individuo en contacto inmediato con la bebida (cultura del alcohol por costumbre; cambios de una comunidad destructora hacia otra más permisiva, accesibilidad por precio y libertad de compra, etc.).
- Consumo excesivo debido a la falta de control de los factores desencadenantes: En comunidades pequeñas el consumo del alcohol se mantiene dentro de los límites socioculturales permitidos por esa cultura, cuando el sujeto sale de ella, puede descontrolar su ingesta (el paso de la escuela secundaria hacia la vida universitaria más laxa en cuanto a permisibilidad; otro aspecto: Deficiente mentales o con daño cerebral orgánico).
- Beber en exceso por la preponderancia de factores biológicos: La herencia no es un factor despreciable en la inclinación del individuo hacia la bebida, pero su influencia por sí misma no explica el alcoholismo; se ha necesario el agregado de otros factores que estimulen o inhiban al ingesta en el individuo. Una de las circunstancias en la cual

la herencia sea un factor predisponerte no apunta hacia la inclinación a la bebida propiamente dicha, sino que estos factores predisponen el sujeto hacia a la depresión o a la ansiedad.

- Beber en exceso como resultado de un proceso circular: Ciertos factores pueden hacer que la conducta alcohólica se perpetúe a sí misma; cuando el sujeto por mucho beber pierde su autoestima, considerándose indigno y culpable. Llega a opinar que la única salida para contrarrestar su depresión es ser aceptado por los sectores alcoholizados.

Después de lo anteriormente descrito como etiología y su origen, así como las posibilidades de su identificación, ahora ya se puede establecer a quién se puede llamar alcohólico y, al respecto. El Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (1951) definió a los adictos al alcohol como “Aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado, que muestran una notable interferencia con su salud corporal y mental, con sus relaciones interpersonales y con su normal funcionamiento social y económico o muestra signos preliminares de dichos desarrollos”.⁷

Por ello el alcohólico es visto como un hombre impulsado a destruirse a sí mismo por la autointoxicación, pese al desastre, remordimientos y propósitos de enmienda hasta que su existencia queda arruinada por este peculiar sistema de vida. Menninger opina que esa compulsión apunta hacia deseos inconscientes de ser tratados como niños, de que no sean tenidas en cuenta sus agresiones más serias⁸.

⁷ MADDEN, J.S. “Alcoholismo y Farmacodependencia” Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México 1990.

⁸ Idem

El incumplimiento a las promesas o a los propósitos de salvarse posiblemente radican en la honda desesperanza que todo alcohólico padece secretamente y no en perversidad o malicia.

Como una manera lógica de abordamiento y sabiendo que al alcoholismo es una enfermedad y cómo afecta al individuo (enfermo alcohólico), conviene ambientarse hacia las **fases** de este síndrome a fin de establecer la forma en que evoluciona hasta convertirse en crónico. Al respecto, citando de nuevo a la OMS⁹ se planteó en 1982 que el desarrollo del síndrome alcohólico se divide en cuatro fases, a saber:

Fase Pre-Alcohólica: Conformada por los primeros contactos con la droga, para causar alivio a tensiones y evadir la realidad. La ingesta progresiva origina cambio en el metabolismo del sujeto y aumenta su capacidad de ingesta o tolerancia. En esta fase el alcohólico aún controla su bebetoria y no tiene problemas.

Fase prodrómica: Se caracteriza por la formación de síntomas, con duración de seis meses a cinco años y dependerá de la contextura física, entorno cultural, tipo de relaciones sociales y la propia conducta del bebedor. En su desarrollo se pueden presentar las primeras lagunas mentales; habrá bebetoria secreta, pero con precaución por ello, aunque no disminuye su forma de beber. Luego de su bebetoria, reina en el sujeto sensación de culpa por la ingesta; se molesta porque lo identifiquen con el alcohol y él, en su discurso, evita mencionarlo.

Fase Crítica: La enfermedad progresa hasta hacer caer al enfermo en un proceso de deterioro. Esta fase se define en pérdida de control y fuerte síndrome de abstinencia. El bebedor se torna mentiroso en cuanto a razonar su conducta, tiene problemas laborales y sociales. Compensa su deterioro con ilusiones, se torna hostil; intenta

⁹ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia" Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México 1990.

periodos forzados de abstinencia para demostrar a los demás que no ha perdido la voluntad. Empieza a buscar pretextos y cambio en su conducta o forma de beber, pero no corta la ingesta, cambia amistades, cae en apatía, se entrega a la bebida, se aísla de los demás y como compensación se embriaga para auto conmisersarse. Empieza a esconder las botellas y se enfatiza la anorexia, la que contribuye al origen de los padecimientos gástricos que dan como consecuencia la desnutrición, baja la lívido, ocurre la primera intoxicación fuerte y se manifiesta la celotipia: aparece la necesidad de la copa matutina.

Fase Crónica: Se inicia con la “copa matutina”, los periodos d ingesta son más largos y habrá marcado deterioro físico y de comportamiento. Las capacidades mentales merman pues se dificulta la concentración; la memoria y el raciocinio se desmejora aunado a un cuadro de fatiga constante. A estas alturas ya habrá ocurrido alguna psicosis y por la limitación en el abastecimiento de la droga, se agencia de alcoholes no recomendados para el consumo humano, tóxicos y mortales; la tolerancia física va en descenso y aparecen las fobias e ideas delirantes. La sustracción de la tiamina física por causa del alcohol provoca el temblor característico, acompañado de inhibición psicomotora. Los sistemas de valores morales, raciocinio y aspiraciones de vida se quiebran, pudiendo llegar incluso hasta la muerte.

1.2.2 Incidencia del Alcoholismo

La incidencia o prevalencia en los grupos sociales está expresada de la siguiente manera:

El alcohol afecta más a personas de condición económica baja a media-baja, debido a los altos niveles de frustración, aunque no se descarta que en los niveles económicos altos existan grandes grupos afectados por causas patológicas. Existe mayor incidencia en ciudades grandes y pobladas, debido a los problemas de orden económico y social que causan estrés y conflictos emocionales. En las áreas rurales la prevalencia obedece a razones culturales y por falta de entretenimientos y en más del 80% de los actos violatorios de la ley, está involucrado el alcohol, así como casos de reclusiones a centros hospitalarios por accidentes de tránsito, fracturas o muertes. La ingesta inmoderada en relación con otras drogas, se debe a que es la única legal y socialmente aceptada, en cuanto al fuerte consumo de alcohol, en Latinoamérica; México, Guatemala y Chile se encuentran a la cabeza.

1.2.3 Efectos del alcoholismo

Muchos de los efectos adversos del consumo del alcohol se debe no a la droga en sí, sino a su metabolismo: El acetaldehído (Korsten y Cole. 1975), causa daño al cerebro y al músculo cardíaco. Además, el acetaldehído se le ha implicado como factor de la dependencia al alcohol etílico¹⁰.

Entre los **efectos físicos** más comunes se encuentran: A su ingreso al organismo estimula la secreción salival y gástrica; estimula el ritmo peristáltico intestinal y transforma la absorción de electrolitos y agua. Deprime los centros nerviosos vitales y provoca la disminución del ritmo respiratorio y circulatorio. Se destaca su acción sobre la médula suprarrenal, en especial por

¹⁰ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia" Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. México 1990.

estimular su corteza, originando liberación de catecolaminas e intensa producción de cortisol sérico. El alcohol, al afectar la corteza cerebral, deprime las facultades de crítica y razonamiento. En la formación reticular no sólo afecta la función del cerebro sino intermedia para producir la sensación de calor, enrojecimiento de la piel, relajación de músculos, reducción de la presión sanguínea y estimulación de abundante secreción gástrica. Al deprimir el sistema nervioso central, se afecta la conciencia y la conducta, la liberación de la ansiedad y de la depresión produce euforia y aparente estimulación, la respuesta motora se vuelve lenta, manifestándose en torpeza, ataxia y nistagmo; reduce la memoria y afecta el sentido de la vista al provocar trastornos en los músculos oculomotores, produciendo estrabismo y diplopía.

De igual manera, exagera el instinto sexual en la corteza cerebral, pero inhibe la conducción del estímulo por las vías neuronales, así como también inhibe la producción de testosterona en los testículos. A nivel más profundo en el sistema nervioso produce las neuropatías periféricas, atrofia cerebral generalizada, atrofia cerebelos alcohólica, síndrome de Marchiafava-Bignani (atrofia del cuerpo calloso y del pedúnculo cerebelos medio), así como mielosis central pontina. En el aparato respiratorio, la presencia de vapores de alcohol, sumada a la frecuencia del fumar, debilita las paredes pulmonares y bronquiales, favoreciendo las infecciones respiratorias. En el aparato digestivo ocasiona gastritis alcohólica y por los vómitos de la intoxicación o del síndrome de abstinencia provoca várices esofágicas que pueden romperse y causar hematemesis mortal. También afecta al hígado por infiltración de grasa (litogénesis hepática). Puede afectar al páncreas y originar una pancreatitis; también afecta al píloro y al colon.

En cuanto al sistema circulatorio, puede desarrollarse anemia por el consumo crónico de alcohol encontrándose en algunos casos leucopenia y disminución de los granulocitos en la médula ósea. Ello disminuye la resistencia a las infecciones y la capacidad de regeneración de los huesos.

Dentro del aspecto físico, es perentorio referirse a los procesos de **Metabolismo y Excreción** del alcohol que implican más ampliamente la acción de la droga en el organismo humano. Se sabe que la principal intermediaria de biotransformación del alcohol en el organismo es la enzima Deshidrogenasa del alcohol (DHA), la cual se concentra en el hígado y sólo se encuentra en otros tejidos a concentraciones mínimas, como en el cerebro y los testículos. Alrededor del 90% del alcohol ingerido se metaboliza en el hígado, 2% se quema en la respiración, por medio de los pulmones (ello explica el aliento etílico) y 4-6% es quemado en los pulmones y riñones. El alcohol pasa por el aparato digestivo a la sangre y de ahí al cerebro y otros tejidos. Entre más alta es la concentración de alcohol en la sangre, más lenta la absorción. En el cerebro, cuando los niveles de alcohol en la sangre son inferiores al 0.05% habrá sedación, de 0.05 a 0.15% habrá falta de coordinación de 0.15 a 0.20% embriaguez; de 0.30 a 0.40% inconsciencia y 0.50 o más puede ser mortal. Los efectos más severos se producen en el organismo con el estómago vacío; a mayor concentración de alcohol en una bebida hasta un máximo de 40% (80 proof.), más rápido se absorbe y aumentan las concentraciones en la sangre.

De lo anteriormente descrito, se desprende la característica de la **Tolerancia y la Abstinencia**. Se dice que tolerancia y “taquifilaxia” son sinónimos y aluden a la disminución de la respuesta a la droga consumida, necesitándose más consumo para alcanzar sus efectos. Tolerancia y síntomas de abstinencia se limitan al sistema nervioso (central o periférico). La tolerancia siempre va acompañada de la dependencia física, expone al organismo a dosis cada vez superiores hasta que se alcanza la dependencia. Existen tres procesos biológicos que promueven el desarrollo de la tolerancia: En primer lugar, la cantidad de droga presente en sus sitios de acción puede reducirse por disposición alterada de la sustancia en el cuerpo. En segundo lugar, los mecanismos homeostáticos propios de los sistemas fisiológicos que no resultan alterados directamente por la sustancia. Y finalmente, la cantidad de droga disponible para actividad farmacológica puede sufrir

modificaciones en las distintas etapas del proceso, por la alteración de su absorción, por inactividad en sitios neutrales, por su metabolismo y por su excreción.

En conclusión a todo lo descrito, cuando el alcohol en el organismo empieza a degradarse, aparecen síntomas denominados **Síndrome de Abstinencia**, tales como temblor grueso en las manos, lengua y párpados; náuseas y vómitos (por deshidratación), debilidad, hiperactividad autonómica, depresión, irritabilidad, hipotensión fotostática. Durante la primera semana posterior a la supresión del fármaco, aparecerán trastornos conocidos como psicosis alcohólica, síndrome amnésico alcohólico (o de Korsakoff), ideas delirantes y delirium tremens. En sus manifestaciones más severas habrá síndromes mayores como la demencia alcohólica y trastornos paranoides alcohólicos.

Pero el alcohol no solo causa efectos físicos, también provoca trastornos a nivel del medio sociocultural del bebedor, así como a nivel psicológico de su personalidad. En lo que corresponde a daños o **efectos socioculturales** se advierte que el problema del alcoholismo en la sociedad guatemalteca es grave; la indiferencia social, amigos, compañeros de trabajo o escuela y universidades y tomas eso como normal. Se considera que toda familia guatemalteca tiene por lo menos un miembro alcohólico en cualquiera de sus grados de evolución.

Muchas personas que se consideran ajenas a este flagelo social, han sido víctimas de algún tipo de agresión por parte de un alcohólico. Por causa de esas bases morales y de conducta social del medio, el consumo del alcohol se ha extendido y enraizado, sumándose las influencias de los medios de comunicación que fomentan la adicción. Se vive en una cultura del vino que lo permite y admite; como ejemplo se aprecia el alcoholismo indígena, cuya base es de tipo cultural, manifestada en las fiestas religiosas tradicionales. Otra cara del problema es la migración de campesinos a las urbes en donde pierden las restricciones de su pueblo en cuanto al alcohol. De

igual manera se distraen y para descargar tensiones laborales, problemas económicos y familiares. Al analizar el tema del alcoholismo sobre la aceptación de su consumo y su uso irracional, se hace necesario verlos desde el punto de vista económico general y su incidencia a nivel individual y social. En el nivel económico son numerosas las quejas que propietarios y gerentes de empresas, sobre tener que batallar con trabajadores alcohólicos, pues aunque en su estado de abstinencia son productivos y efectivos, cuando empiezan a beber cambian totalmente su conducta disminuyendo su capacidad. En el aspecto individual, el sujeto se deteriora y se vuelve improductivo, afecta sus relaciones interpersonales y destruye las efectivas, sobreviniendo entonces los **efectos psicológicos** que se expresan como trastornos conductuales tales como agresividad, fallas en el juicio e interferencia en el accionar para el funcionamiento laboral y social.

Hay dificultades en el hablar y la marcha; cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, locuacidad y dificultad para concentrar la atención. El alcohólico podrá cambiar totalmente su forma de ser que tenía antes de tornarse dependiente de la droga. Según Carlos del Pino, el sujeto bebe para evadir o aliviar un dolor interno o psicológico, sin embargo al convertirse en alcohólico, la dependencia psíquica o psicológica es ya un efecto del alcohol, es “un final común de múltiples situaciones tensionales”.

Quizá la anomia per se no sea un derivado psicológico del alcohol, pero si es la competencia que le da vida a ésta. El alcohólico siente la necesidad cada vez más fuerte de competir o rivalizar con los de su grupo y da origen a la anomia, cuyos componentes son multisectoriales.

Otro efecto psicológico del alcohol es la desinhibición que permite la comunicación con otros alcohólicos o con quienes se la toleran; además al alcohol es una vía para que el no psicótico actúe fuera de su realidad, en su propia fantasía.

Finalmente uno de los efectos psicológicos más letales es el hecho de que a medida que el conflicto por el cual se bebe se elude y se esconde a un nivel más hondo, las resistencias para su concientización son mayores. De ello derivará una depreciación moral, psicológica y social que conducirá a la destrucción del individuo.

1.3 DESCRIPCIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA ESPECÍFICO

Dentro de las acciones propias del Ejercicio Profesional Supervisado debe realizarse una investigación dentro de las tres funciones ordinarias del mismo, las cuales son: Servicio, Docencia E investigación.

La sustentante luego de evaluar exhaustivamente la problemática del alcohólico, decidió conjuntamente con los asesores el acordamiento del tema:

“Factores de desintegración sociocultural y familiar de una muestra de 116 pacientes del Patronato Antialcohólico, internados de febrero a julio del 1,991”.

1.3.1 Desintegración Sociocultural del Paciente Alcohólico

Considerando el área laboral y sus respectivas relaciones en el campo del trabajo, donde la calidad del trabajador se ve mermada al igual que las restantes aptitudes personales, además el ausentismo laboral, consecutivo a las embriagaciones, y los riesgos de accidentes que para la empresa representa, no es de extrañar que el enfermo alcohólico tenga que cambiar frecuentemente de trabajo; no se debe olvidar que en la lay laboral, se

considera la embriaguez como motivo de despido, en algunos países¹¹ entre ellos Guatemala. El trabajador alcohólico crónico va descendiendo peldaños en su calidad de trabajo, llegando incluso a la degradación laboral completa. Recurre entonces, para subsistir, a: Subempleo eventual, de parásito en la familia; o de la caridad pública¹².

Se dirá entonces que el alcoholismo es un mal de transcendencia social, que sus consecuencias no sólo las sufre el alcohólico, sino también los que le rodean; las secuelas psíquicas y físicas que devienen de la conducta del alcohólico en interrelación con su familia, son en extremo graves. Se ha podido comprobar que la personalidad de los que conviven con personas alcohólicas se deforma, conforme se va adentrando el enfermo alcohólico en su problema de alcoholismo, la familia empieza a manifestar crisis en su comportamiento, alterando a la interrelación familiar, laboral y social. Todo esto repercute en la parte vital de la estructura familiar y social, ya que la familia primero se desquebraja y luego se desintegra. En este sentido existen diversas y muy variadas interpretaciones de la naturaleza del alcoholismo. En el presente estudio se enfocan algunos conceptos de las principales teorías.

La explicación más divulgada es la de Alcohólicos Anónimos (A.A.), quienes aducen que el alcoholismo es un “enfermedad” progresiva, incurable, pero que al igual que otras enfermedades, puede detenerse. Muchos de los A.A. opinan que esta enfermedad es la combinación de una afinidad por el alcohol y la obsesión por la bebida, sin tener en cuenta sus consecuencias y es imposible contenerla sólo con “fuerza de voluntad”¹³.

Por otro lado, mientras unos consideran al alcoholismo como un fenómeno de índole psicosocial, independientemente de que crean que es una enfermedad o no, otros autores

¹¹ BOGANI MIQUEL, Emilio “El Alcoholismo, Enfermedad Social”, Plaza & Janes Editores, S.A. España 1985.

¹² Idem

¹³ A.A. World Services Inc. “Esto Es A.A.” New York Conferencia de Servicios Generales A.A. 1953.

niegan los factores etiológicos familiares, sociales y psicológicos, para concretarse únicamente en los procesos orgánicos, como es la postura del Dr. Jorge Valles, médico especialista del Hospital de Houston Tx. , quien dice: “La importancia de aceptar un concepto determinado, quiere decir que este concepto se usará en el tratamiento del alcohólico.... Y según el concepto adoptado, se verá al alcohólico como un ser detestable o bien al contrario como alguien que padece de una enfermedad, de la cual un médico ha de hacerse cargo de su tratamiento. Refiere que para adaptar una postura filosófica frente al alcohólico, lo primero es conocer la causa del alcoholismo, esto no significa preguntarse porque la gente ingiere alcohol. Lo que responde a esta interrogante son diversas razones: Para celebrar un triunfo o alegría, para llorar una derrota, para hacer más llevadera la vida, por hábito en las comidas. Sin embargo, esta no es la causa del alcoholismo. Se intenta expresar entonces que no se debe definir el alcoholismo con base en los trastornos socioeconómicos, ya que estos son el resultado del alcoholismo.

Pasando a un punto diametralmente opuesto, el Dr. Karl Menninger, profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Kansas, y Presidente de la Asociación Americana de Psicoanálisis (1972), en su obra “El hombre contra sí mismo”, hace una larga exposición analítica de las formas en que las personas se destruyen a sí mismas; enfoca el tema del alcoholismo desde éste ángulo y lo clasifica como una conducta, y físicamente autodestructora, al estilo de un suicidio a pausas. Básicamente podría conceptuarse al alcohólico como un mártir de sí mismo, como un enfermo psíquico.

Se suma a lo anterior, un enfoque reñido con los conceptos organicistas, (como el de A.A. y el Dr. Valles), el del Análisis Transaccional; “El Juego de vida del Alcohólico” donde por primera vez Eric Berna, en su libro “Los juegos que participamos”, afirma que no hay tal cosa del alcoholismo o alcohólico, sino que existe un papel llamado “alcohólico” en cierto

tipo de juego. Desde el trabajo del Dr. Berne se ha tratado de localizar a todas las personas que juegan al “alcohólico” tanto en el papel principal, como en los roles complementarios, pues estos constituyen las transacciones del juego. Como consecuencia se han diferenciado tres juegos diferentes de alcohólicos y todos comparten ciertas características, pero cada uno tiene formas únicas, las cuales han sido descritas por el Dr. Claude Steiner en su libro “Alcoholismo; Una Aplicación Práctica del Análisis Transaccional”.

La concepción sociológica, que es la teoría de las tensiones sociales, propone al alcohólico como un ser que en su lucha vital, cae víctima de insoportables frustraciones, debidas a la fría realidad y desequilibrio entre aspiraciones más o menos legítimas y la imposibilidad de satisfacerlas.

Este enfoque sociológico ve en el alcoholismo un síntoma más de una sociedad inadecuada y considera al alcohólico un producto de la injusticia social, del hambre, de la miseria y de la incultura. Entonces, el alcohólico buscaría en la bebida una liberación de las inhibiciones, una temporal euforia y un sentimiento pasajero de bienestar y autosatisfacción, con fines primitivos de relajamiento de las tendencias sexuales, emocionales y agresivas. Aquí el alcoholismo es tomado puramente como un medio de facilitación social¹⁴.

1.3.2 ALCOHOLISMO Y VIDA FAMILIAR

El alcoholismo provoca en el terreno familiar un debilitamiento de los vínculos y de las relaciones mutuas que conllevan distorsiones que dan lugar a psicopatologías diversas de

¹⁴ CAMEY, O.G. “El Alcoholismo en Guatemala” Seminario de Sociología U.R.L. 1968.

todo el sistema. También se ven afectadas las relaciones del núcleo familiar con la familia extensiva y el resto d la sociedad.

Parece ser que todas las acciones del alcohólico conduce a tensión familiar, tanto éste pierde el empleo y tiene que permanecer por ciertos periodos en casa, como si se ausenta a causa de entregarse a la bebida; el clima entre los miembros de la familia es propicio para la excesiva represión de emociones, o por el contrario para que éstas se presenten explosivas o intemperantes. Ante la imposibilidad de descargar su cólera contra el alcohólico mismo, se agreden unos a otros¹⁵.

A continuación se describen en el presente estudio los diferentes tipos de familias, tanto normales como patológicas, y así mismo los tipos de padres que existen en las clasificaciones más frecuentes en la psiquiatría moderna.

Esto servirá para visualizar de manera correcta y analizar los patrones de conducta que se puedan presentar en las familias, de los sujetos de la muestra estudiada.

1.3.2.1 Tipos de familia

Aunque es imposible establecer categorías para todos los tipos de padres y familias, conviene delinear algunas pautas emocionales familiares y estados psicopatológicos paternos más comunes. Estas subdivisiones artificiales no deben considerarse representativas de todas las variaciones o tipos posibles, simplemente proveen de un marco de referencia para comprender mejor ciertos fenómenos.

- **Familia Norma:** Es muy frecuente hallarla en hogares alcohólicos y representa tanto un problema social como psiquiátrico. En esta familia la madre aborrece su femineidad y el padre acepta a medio su papel masculino. Aunque estas actitudes son de origen

¹⁵ RIVERA LIMA, Jorge "El Problema Actual del Alcoholismo en Guatemala" 1979.

inconscientes, si tienen su manifestación en conductas claramente observables. Así la familia es una especie de matriarcado, donde la madre es casi la autoridad absoluta en el hogar. La mujer tiene grandes responsabilidades y las cumple, no le agrada su papel de madre o esposa, el esposo sucumbe poco a poco a sus interminables demandas y ella lo empequeñece y lo critica constantemente. El padre delega muchas funciones en la madre, se siente poco importante en el hogar y prefiere ver televisión o dedicarse a un pasatiempo que compartir con sus hijos, pasando largos periodos fuera del hogar, o dedicarse a ver televisión.

- **Familia Agotada:** Es aquella donde ambos padres viven intensamente ocupados en actividades fuera de la casa, que son a menudo remunerativas, pero que dejan el hogar emocionalmente estéril. Son dos padres sobre trabajados por lo cual difícilmente tienen tiempo o energía para los hijos, por muy buena voluntad que tengan. Las ganancias materiales que obtengan, difícilmente compensan lo que dejan de hacer en pro del desarrollo emocional de sus hijos, suelen ser padres irritables y tienden a demandar de los hijos la misma compulsión hacia el trabajo que ellos tienen.

- **Familia Hiperemotiva:** Se caracteriza porque tienen una gama de expresión emotiva más amplia que lo común. En ellas, todos dan rienda suelta a sus emociones, todos los sentimientos se expresan libre y excesivamente: La cólera, el amor, la depresión, la excitación, la alegría. Los hijos aprenden pronto a gritar para hacerse oír y presencian violentas discusiones, por lo que copian estos comportamientos en su relación con otros niños. La hiperemoción es un tipo de ajuste inmaduro, que dificulta la relación con otras personas.

- **Familia Ignorante:** Es aquella donde ambos padres, por uno u otro motivo carecen de conocimientos generales sobre el mundo que los rodea, sea por deficiencia mental o por

otras razones, los adultos están cargados de prejuicios, son tendenciosos, tienen punto de vista limitados y exponen a sus hijos a su concepto cerrado e inhibido del mundo. Si en esta familia prevalece el amor y la aceptación es probable que los jóvenes posean suficiente flexibilidad como para ajustarse debidamente, pero si prevalecen sentimientos negativos, las controversias, la inseguridad, los prejuicios y las actitudes malsanas de los niños serán más permanentes.

- Familia Serena o Intelectual: En ella los padres descuellan en actividades intelectuales, pero son extraordinariamente inhibidos en la expresión de sus emociones. Aunque fomenta la actividad intelectual en sus niños, combaten activamente todo despliegue normal de sentimientos¹⁶.

1.3.2.2 Tipos de Padres

- **Padre Sobreprotector:** Síndrome más frecuente en las madres que en los padres. Consiste en mostrar excesiva preocupación por la salud y bienestar del niño. El progenitor vive en constante aprensión de cualquier peligro, real o imaginario, que pueda correr su hijo, vive lleno de temores y hace víctima de ellos al niño.

- **Padre Seductor:** El término seductor según se utiliza aquí implica la excesiva y frecuente estimulación de la conciencia sexual del niño, estimulación libidinosa o productora del placer. El padre seductor ofrece al niño más estimulación libidinal de lo que el nivel de desarrollo de éste es capaz de manejar. Por lo general estas situaciones se dan sin ninguna noción consciente de seducción por parte del progenitor. Las seducciones abiertas como verdadero juego sexual son más traumáticas todavía. El joven podría

¹⁶ FINCH, S. "Fundamentos de Psiquiatría Infantil" Buenos Aires Argentina, Editorial Psique. 1976.

buscar nuevos episodios de seducción o, por el contrario se sentirá tan amedrentado que evitará en lo sucesivo todo contacto sexual.

- **Padre Repulsivo:** Es aquel que no es capaz de ofrecer amor a su hijo, ni de proveer calor emocional necesario para su maduración. El rechazo puede ser principalmente emotivo, pero puede llegar al abandono real. El rechazo emocional provoca más estados psicopatológicos en los niños de los que generalmente se reconoce. El rechazo del adulto puede originarse en su inmadurez para la paternidad e inseguridad por ese hecho. Muy frecuentemente el rechazo inicial suele encubrirse con la sobreprotección.

- **Padre Psicótico:** Estadísticamente no es común, pero merece consideración mencionarlo, porque el adulto que sufre grave enfermedad mental, obviamente no está en condiciones de asumir las responsabilidades del matrimonio y la paternidad. La presencia de enfermedad mental en uno de los progenitores tendrá profundo efecto en el desarrollo emocional del hijo, todo el clima emocional se expresará deformado, y los intentos del hijo por identificarse o relacionarse con un padre psicótico, serán sumamente perniciosos para su maduración y además frustrante.

- **Padre Alcohólico:** Significa que el niño se verá sometido al imprevisible y constante comportamiento instintivo del adulto. El alcohólico crónico sufre graves estados psicopatológicos aunque no beba, pero si a esto se agrega el alcohol, su trastorno emocional se torna más evidente, este padre en cuestión es severamente narcisista, el niño confrontará alternativamente un vacío emocional y estallidos emotivos. El padre es incapaz de establecer una relación estable y cálida con su hijo. El niño criado con uno o los dos padres alcohólicos raras veces desarrolla una actitud sana hacia el alcohol, tenderá a hacerse alcohólico, o a compensar con exceso este antecedente, no solo siendo abstemio, sino también orientado sádicamente hacia todo aquel que consuma alcohol.

- Padre Inmaduro: La madurez emocional no es requisito para el matrimonio o la procreación. El padre inmaduro ha llegado a la paternidad, más como consecuencia de su impulso sexual que por cualquier intención de tener un hijo. Así no está correctamente dotado para cumplir con los requerimientos de la paternidad. La mujer casada o no, que queda embarazada sin desearlo, tenderá a buscar sus propios placeres y entabla con su hijo una relación en la que lo considera más un muñeco que una criatura humana, el padre juega a ser padre y abandona a la madre y al hijo, porque ambos representan una carga mayor de la que está dispuesto a asumir. Si permanece junto a su esposa, lo hace sin incluir a los hijos dentro de su esfera emotiva.

La información descrita con anterioridad servirá para visualizar cuales son los probables orígenes hogareños más frecuentes del alcoholismo también se aprende, fundamentalmente a partir de pautas que arrastrará consigo cuando funde su propio hogar.

1.3.3 INCIDENCIA EN LOS ASPECTOS FAMILIARES, SOCIALES Y LABORALES EN LAS FASES DEL ALCOHOLISMO

Para un mejor entendimiento de cómo afecta el alcoholismo en este campo, a continuación se describe las características centrales y sus consecuencias familiares, sociales y laborales en cada fase.

- **Fase Sintomática o Pre-alcohólica:** En esta fase en su actitud hacia a la familia, el alcohólico reclama más atención, amor y tiempo, no causa ningún problema serio, y al día siguiente de la ingesta, se olvida de la bebida. En esta fase puede ser un esposo amante, un padre comprensivo, afectivo y objetivo, que tiene un buen contacto con la realidad. Los

tragos del día anterior no le afectan en su trabajo y no imagina que pueda existir un problema relacionado con su persona, de alcoholismo.

Generalmente es un eficaz proveedor del hogar, es bien aceptado en sus relaciones con los demás y puede llevar una vida social activa.

- **Fase Prodrómica:** Respecto a los efectos del alcoholismo en la familia durante esta etapa, podrían citarse las imprudencias ocasionales del bebedor, los actos bochornosos o agresivos que se realizan durante la ingesta, que desconciertan a quienes conocen a esta persona; ya que en estado de sobriedad puede ser muy educada, cortés y mesurada.

La familia empieza a preocuparse por su comportamiento, y la primera medida que toma es prohibirle que beba; esto no solo no da resultado, sino que provoca más problema conyugal y familiar, pues despierta la rebeldía del sujeto, y empieza a perder la confianza y simpatía de los demás. Aquí puede darse el abandono esporádico del trabajo, con periodos intermitentes de culpabilidad. Efectúa promesas vagas a sus familiares de dejar de beber, sin cumplirlas.

- **Fase Crítica:** En esta fase la familia entra en crisis y confusión al advertir que sus pautas de convivencia se alteran y se va dejando absorber por el problema alcohólico. Derivado de ello empieza a desarrollar los mismos sentimientos y estados de conmiseración que su miembro alcohólico.

Son frecuentes en esta etapa los trastornos psicosomáticos, las agresiones mutuas y los desbalances económicos. También existe el descuido de los hábitos alimenticios, por la constante entrega a la bebida, haciéndose necesaria la hospitalización del sujeto, la que llega a convertirse en ritual, periódica y típica en ciertas familias, que no pierden las esperanzas de la rehabilitación total de la persona. Estas ausencias reiteradas del hogar, hacen que los hijos perciban una imagen fragmentada del progenitor alcohólico.

Además, en la vida social se empieza a notar el abandono del alcohólico de sus amistades y cambios frecuentes de empleo.

Además en la vida social se empieza a notar el abandono del alcohólico de sus amistades y cambios frecuentes de empleo; existe apatía por intereses ajenos a la bebida, sus procesos mentales se concentran en proyectar una fuga geográfica, para ya no mentirse acorralado y desarrolla sentimientos de autocomiseración. Hasta aquí, aun hace esfuerzos para no perder su empleo y aún vive en el hogar, (si la separación o el divorcio no se han anticipado).

- Fase Crónica: Se da cuando el individuo entra en acelerado proceso de deterioro físico, moral, social e intelectual.

Debido a que durante esta fase ya no se puede dejar de beber, se pierde el empleo, la salud física y mental, el prestigio y el decoro social, llegándose a la situación extrema de vivir a expensas de otros. Esto impulsa a la familia, principalmente al cónyuge y a los hijos mayores a asumir la responsabilidad y la carga económica, habiendo una transferencia de las funciones que originalmente corresponden al padre.

En muchos casos la familia, prefiere tener al alcohólico recluido en la casa, suministrándole las cantidades de alcohol que requiera y percibiendo las consecuencias de esta anómala situación¹⁷.

Considerando la anteriormente expuesto, se observa que la mayoría de los alcohólicos en los estadios tempranos o medios de la enfermedad, tienen aún su hogar y su trabajo, a menos que se encuentre en la fase crónica con manifestaciones de apatía y de abandono, lo cual es comúnmente observado. El alcoholismo ocurre entre las edades de 25 a 55 años

¹⁷ JELLINEK, E.M. "The Disease Concept of Alcoholism" New Have, Hillhouse 1960.

y se desarrolla en cualquiera de de nuestras tres clases sociales, independientemente de la educación ocupación o estrato económico¹⁸.

1.3.4 PRECIPITANTES SOCIOCULTURALES

Existen en el alcoholismo aspectos socio-patológicos que no se deben pasar por alto, ya que constituyen fuertes motivaciones en la conducta del bebedor.

El estímulo continuo de la publicidad actúa de manera penetrante en la conciencia del individuo, manipulándolo y condicionándolo hacia conductas alcohólicas como medio para lograr diversos fines: Relajamiento, diversión, status, etc. La facilidad de ser manipulado por estos estímulos probablemente radica en ciertas alteraciones emocionales que impiden al sujeto la adaptación por medios naturales, haciéndolo recurrir a la fácil canalización de los impulsos que proporciona la bebida¹⁹.

La sociedad actual conlleva un riesgo de empobrecimiento creativo y de degradación cultural, teniendo los medios de comunicación un papel importante en ello, lamentablemente.

Por otra parte, se ha comprobado que en sociedades altamente tecnificadas se hace sentir más profundamente el sentimiento de soledad, pues se debilita la comunicación y se viven intensamente la desesperanza, la represión de la espiritualidad, la competencia y la rivalidad, que desemboca en la deshumanización. Estos sentimientos estimulan en el hombre el desarrollo del alcoholismo.

En culturas donde el alcohol desempeña una función de convivencia social y se usa, con licencia, como un símbolo de prestigio, el alcoholismo es mucho mayor. Aquí el factor de adaptación al medio y la presión de las costumbres actúan como factor desencadenante.

¹⁸ CISNEROS FARIAS, G. "Psicología del Aprendizaje" Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina 1977.

¹⁹ Idem

El desarraigo social que sufre la persona que sale de su hábitat original para integrarse a grupos humanos con características diferentes constituye otra causa frecuente. Tal es el caso de personas del campo que emigran a la capital, experimentando la consiguiente desubicación. Para ellas el alcohol suaviza una transición que de otra manera sería muy dolorosa.

Los mecanismos de identificación e imitación son poderosos impulsadores para la bebida. Interviene aquí nuevamente el factor propagandístico, el cual se encarga de exaltar las cualidades del licor, tales como el sabor, aroma, etc., pero cuida muy bien de ocultar las consecuencias y de no informar cuales son los límites entre el uso y el abuso. Entre el fenómeno imitativo también puede citarse el aprendizaje que realizan los hijos de padres bebedores.

En algunos casos, los factores socioculturales influyen más que los trastornos de personalidad en el desarrollo del alcoholismo, ya que el beber es una costumbre socialmente aceptada.

El alcoholismo también está asociado al fenómeno social del desempleo y a la ociosidad, no encontrando un objeto u objetivo que le dé profundo sentido a su vida, el individuo recurre a la bebida, en busca de una falsa ilusión. En las poblaciones pequeñas, debido a la falta de distracciones, también da origen a ingestas excesivas del fármaco por sus pobladores, sobre todo en domingos y días festivos.

Socialmente la bebida alcohólica está considerada como fuente de alegría y bienestar, así como un factor de acercamiento y de formación de las relaciones sociales. El brindis, como ritual simbólico de contenido mágico, hizo su aparición desde tiempos inmemoriales en la costumbre de libar alcohol en toda celebración que marque cualquier momento

trascendental en la vida del hombre, desde cualquier punto de vista: religioso, laboral, comercial, festivo, deportivo, sentimental o social.

En Guatemala, un factor socioeconómico de peso es la elevada producción de bebidas alcohólicas, aunándose la ausencia casi total de programas de prevención primaria en alcoholismo, la falta de importancia que se da al problema, por parte del Estado y de las autoridades de Salud Pública. Una de las pocas instituciones que realizan esa labor, se encuentra el Patronato Antialcohólico de Guatemala.

A este factor se puede agregar el aumento del consumo y abuso del alcohol en cantidades proporcionalmente directa al incremento de las tasas de población, la falta de regulación en la producción, distribución, consumo y propaganda del mismo, etc., también se da a conocer alarmantes aspectos en la producción e importación de dichas bebidas en nuestro país.

Existen otras tradiciones que cada día se arraigan más en nuestra sociedad, como lo es el beber los fines de semana, con mayor intensidad y siempre justificando un motivo. El trasfondo psicológico de esta conducta puede ser la demostración de que se posee libertad, práctica común del hombre casado.

Como fundamento de gran parte de la conducta alcohólica del hombre perteneciente a las sociedades latinoamericanas, está el fenómeno denominado comúnmente como “machismo”. El alcohol provee al sujeto de una imagen de virilidad y de persona simpática que llega a ser acogido con agrado, tolerancia y admiración.

Por último, podría citarse que ciertos ambientes condicionan al individuo para que reprima sus impulsos agresivos y sexuales, lo que hace del licor un medio de sublimación de estas tensiones. Así pues, el aspecto sociocultural debe ser tomado como un factor de

suma importancia al analizar el alto índice del alcoholismo en una región determinada, por su condición desencadenante.

No es necesario un profundo estudio para darse cuenta de que el alcoholismo de una persona tiene efectos significativamente perniciosos en la higiene mental de la familia. Son múltiples las alteraciones psíquicas que se derivan de situaciones alcohólicas, siendo afectados en primera instancia, el cónyuge y los hijos, y en segundo término, es la sociedad misma la que resulta afectada, aumentando las tasas de desempleo.

1.4 Situación Actual del Alcoholismo en Guatemala

Conforme estadísticas recabadas a nivel nacional por el Patronato Antialcohólico durante 1988, se muestra lo siguiente:

1.4.1 DEFUNCIONES POR ALCOHOLISMO COMO CAUDA PRIMARIA

Año	No. Defunciones
1986	786
1987	814
1988	1,765

Fuente: Estadística del Ministerio de Salud Pública, 1988.

1.4.2 MUERTOS Y HERIDOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO OCURRIDOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1988

Accidentes de tránsito	565
Muertos	23
Heridos	493
Accidentes con causa de atropellados	440
Muertos	69
Heridos	371
Total de muertos	92
Total de heridos	864

Fuente: Estadísticas de la Policía Nacional. 1988

1.4.3 MUERTES POR INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA DURANTE 1988

Capital	226
Departamentos	227
Total	453

Fuente: Estadísticas de la Policía Nacional. 1988

1.4.4 ESTIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FALLECIMIENTOS POR ALCOHOL COMO CAUSA PRINCIPAL

(Contraste con muertes por otras causas)

Muertes por alcohol	2581 anuales
Muertes por otras causas	7743 anuales
	645 x mes
	24 x día

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

1.4.5 CUANTIFICACIÓN DE CONDENADOS BAJO EFECTOS DE LICOR

Año	No.de Condenados
1986	70
1987	51
1988	50

Fuente: Policía Nacional. 1988

1.4.6 PORCENTAJES DE RESPONSABILIDAD EN DELITOS COMETIDOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1988

Clase de Delito	%
Homicidios	20
Accidentes de tránsito	24
Portación ilegal de armas	16
Hurtos	12
Robos	6
Asesinatos	4
Violaciones	2

Fuente: Departamento de Estadística del Organismo Judicial, datos extraídos por el Patronato Antialcohólico 1988.

1.4.7 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS COMUNES EN EL PAÍS

Trastornos	%	Total
Trastornos Psicóticos	0.5	24,307
Epilepsia	2.0	178,706
Depresión	4.0	194,458
Alcoholismo	10.0	237,592
Población total estimada hasta 1988		8,935,286
Población mayor de 15 años hasta 1988		4,861,288
Población varones		2,375,924
Población mujeres		2,485,542

Fuente: Ministerio de Salud Pública. 1988

1.4.8 PRODUCCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL PAÍS ESTIMADA EN LITROS

Año	Cantidad
1980	23,205,836
1981	23,279,786
1982	24,225,625
1983	26,012,099
1984	26,623,844
1985	25,998,831
1986	31,242,952
1987	32,146,054

Fuente: Dirección General de Estadística. 1988

1.4.9 RECAUDACIÓN EN IMPUESTOS POR CONSUMO DE LICORES AÑOS 1987 Y 1988

	1987	1988
Cerveza	31,975,000	32,060,000
Bebidas alcohólicas no destiladas	23,471,000	23,937,000
Vinos	701,000	615,000
Champanes	125,000	114,000
Totales	56,272,000	56,726,000

Fuente: Departamento de Estadística de Contabilidad del Estado. Ministerio de Finanzas, extraídas por el Patronato Antialcohólico de Guatemala 1988

CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

2.1 Planteamiento del Problema

Dentro de los primeros esfuerzos por elaborar un sustento teórico para la Institución, que apoye sus futuros planes de acción, se hace necesario establecer las características de la enfermedad del alcoholismo como problema psicológico general y la desintegración socio-cultural y familiar, como problema psicológico específico, en pacientes internados en el Patronato Antialcohólico, así como la forma en que esta Entidad se dirige a enfrentar los hechos en función psicoterapéuticas a nivel del tratamiento secundario y terciario.

Dadas las características que se determinan en el alcoholismo, las expectativas de tratamiento en la Institución y la búsqueda constante de procedimientos adecuados, tomando en cuenta la incidencia social en cifras elevadas de dicho problema alcohólico. El Ejercicio Profesional Supervisado realizado en El Patronato Antialcohólico de Guatemala, se enfrenta a un problema de una praxis concreta en relación al servicio psicoterapéutico que se ejerce, los procedimientos pedagógicos de implementación necesarios para un mejor conocimiento del fenómeno, así como determinar las “Características de desintegración sociocultural y familiar del paciente alcohólico”.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

Que el estudiante del Ejercicio Profesional Supervisado ejecute en forma planificada, y organizada, las actividades que le conforman, brindando servicio psicoterapéutico,

investigando la desintegración sociocultural del paciente alcohólico internado en el Patronato Antialcohólico y retroalimentado los conocimientos por medio de docencia.

2.2.2 Objetivos específicos

2.2.2.1 Dirigidos a Servicio

- Evaluar psicológicamente a pacientes de la Institución, focalizando, jerarquizando y diagnosticando problemáticas emocionales en los mismos.
- Brindar tratamiento psicológico, en forma individual grupal y familiar.
- Contribuir a la prevención del alcoholismo, participando en charlas y conferencias a Instituciones y Centros Educativos.
- Brindar asesoría a los estudiantes-practicantes en el manejo y servicio del Departamento de Psicología.

2.2.2.2 Dirigido a Docencia

- Transmitir conocimientos teórico-práctico, a los estudiantes practicantes, con temas relacionados con el alcoholismo y entidades psicopatológicas.
- Retroalimentación de los contenidos de alcoholismo y técnicas psicoterapéuticas.

2.3 Metodología de Abordamiento

A continuación se describen las acciones y procedimientos que se realizan dentro del Ejercicio Profesional Supervisado en el Patronato Antialcohólico de Guatemala.

2.3.1 Metodología de Servicio

- **Asignación de Pacientes:** Diariamente se registran los pacientes ingresados al sanatorio, y se hace un contacto inicial para determinar si está el paciente en condiciones de ser evaluado. Se le entrega una cita con hora estipulada y el nombre del terapeuta que lo

entrevistará, esta tarea es realizada por el epesista en encargado del grupo, quien distribuye los pacientes entre los estudiantes practicantes de 4to. Y 5to. Años de la Escuela de Psicología y a él mismo.

- **Evaluación de Entrada:** Cuando el paciente se presenta a su cita, se realiza la primera entrevista, donde se recaban datos para la elaboración de la ficha clínica y hoja de evolución, dando una impresión clínica, proponiendo tratamiento a seguir para lograr la recuperación del paciente dejándole una cita para consulta como paciente externo.
- **Terapia de Seguimiento:** Se elabora el plan terapéutico, y cuando el paciente acude a su cita externa, se brinda terapia individual, y en los casos que se haga necesario, terapia familiar o de pareja. Utilizando las técnicas psicoterapéuticas adecuadas.
- **Asesoría del Servicio Psicológico a Estudiantes:** Asesoría directa en el manejo administrativo del servicio psicológico, ejemplo: libros de registro de pacientes, diario de campo grupal, registro y archivo de expedientes, libros de control de citas. Asesoría directa y supervisión a los estudiantes practicantes en la elaboración de fichas clínicas, hojas de evolución y seguimiento de casos; presentación y discusión de casos.
- **Atención Primaria:** Durante el Ejercicio Profesional Supervisado se imparten charlas y conferencias a Centros Educativos e Instituciones, estatales y privados, sobre prevención y tratamiento del alcoholismo y drogadicción.

2.3.2 Metodología de Docencia

- **Implementación de Actividades Docentes:** Durante el Ejercicio Profesional Supervisado, los epesistas se reúnen dos veces al mes, para planificar , calendarizar y ejecutar las actividades docentes a realizarse con los estudiantes practicantes.

- **Implementación Teórica:** Para efectos de una mejor preparación y desarrollo, tanto personal como de los estudiantes bajo su responsabilidad, el epesista toma en consideración, dos grandes campos del conocimiento.
- Implementación y práctica sobre temas relacionados con el alcoholismo, la incidencia personal, familiar, productiva y social.
- Implementación y práctica sobre métodos y técnicas de abordamiento psicoterapéutico.

2.3.2.1 Evaluación de Resultados:

Se crean e instalan mecanismos de evaluación, que permiten calificar el grado de desarrollo de la implementación teórica, la aplicación de técnicas psicoterapéuticas aprendidas durante la misma.

2.3.2.2 Plan de Autoimplementación Teórica: Se planificó y ejecuto un plan general de autoimplementación teórica, a realizarse en exposiciones grupales e individuales, con todos los estudiantes practicantes y epesistas. Se seleccionaron tres textos, dos sobre corrientes psicológicas y entidades psicopatológicas, los cuales fueron expuestos en grupos de estudiantes coordinados por su epesista, y el tercer texto, específicamente de casos clínicos, expuestos y discutido por los epesistas.

2.3.3 Metodología de Investigación

Después de haber descrito el problema del alcohol-dependencia, en forma general, el presente estudio busca dirigirse a encontrar las características de desintegración Socio-Cultural y Familiar del Paciente Alcohólico, internado en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, de Febrero a Julio de 1991.

2.3.3.1 Constitución del Universo

De los meses de Febrero a Julio de 19914, se elaboraron 232 Fichas Clínicas, constituyendo este el universo de la muestra, siendo seleccionada en forma aleatoria simple el 50%, quedando 116 unidades de análisis, para llevar a cabo el estudio.

2.3.3.2 Muestra Escogida

Con la finalidad de calificar la presencia o ausencia de las variables mencionadas, se aplico la técnica denominada Análisis de Contenido, que consiste en la comparación entre el significado y el significante, que aparece en la ficha clínica a partir de la información dada por el paciente.

2.3.4 Definición de los Factores Intervinientes

El presente estudio es un trabajo de tipo documental y descriptivo, se manejan variables categóricas, las cuales están estructuradas en variables generales y variables específicas.

2.3.4.1 Definición de Variables Generales

Edad: Tiempo cronológico de existencia, refieres al lapso transcurrido de la fecha de nacimiento, al momento de ingresar al Patronato Antialcohólico como paciente.

Estado Civil: Conforme el derecho de familia, se toma el estado civil de un sujeto en función de su estatus dentro de un núcleo familiar, siendo ellos: soltero, casado, separado, unido, divorciado y viudo.

Lugar de Proveniencia: Describe el lugar de origen de una persona.

Ocupación u Oficio: Se entiende tanto al género de trabajo, al cual se dedica una persona, de manera principal y habitual; como el conjunto de intereses corporativos referentes al ejercicio de un oficio que ejerce públicamente.

Monto de Ingresos: Se refiere al total de sueldos o ingresos, rentas y productos de toda clase, que se obtiene mensualmente o anualmente, así como el ahorro o aprovechamiento de dinero o de otros bienes de trabajo.

Número de Hijos: Se refiere a los descendientes en primer grado de una persona. De la relación paterna filial, se deriva una larga serie de derechos y obligaciones.

Ingesta Previa a la Hospitalización: Tiempo estimado en días, en que el paciente ingirió el alcohol, y que motivó su hospitalización en el Centro.

Edades de la Primera Ingesta: Son las circunstancias más habituales que se da en el proceso de ingesta.

Condicionantes: Son los factores motivacionales que hacen iniciar en el sujeto a la ingesta y mantenerla.

Lapso Intermedio: Representa la actividad de beber que ocupa un lugar medial entre el inicio de la ingesta y el momento en que esta bebetoria se hace crónica.

Ingesta Actual: Se toma como la historia natural o clínica de las últimas beberorias, previas a la intervención terapéutica.

Satisfactores: Sensación de bienestar aparente provocado por la ingesta de la droga, derivada por la acción depresora de éstas, en el Sistema Nervioso Central.

No Satisfactores: Sensación de malestar debido a la predisposición situacionales al momento de ingerir la droga.

Alternativas de Tratamiento: Se toman como los medios de solución que el paciente selecciona o encuentra a su alcance, para lograr la abstinencia total o parcial.

2.3.4.2 Definición de Variables Específicas

Relaciones Interpersonales: La conducta del hombre es considerada como mera reacción a la presión interna de los instintos o a la presión externa de las fuerzas sociales. La aplicación de la conducta social del hombre ha llevado al concepto más fructífero de la interacción que permite ver al hombre como un ser en sociedad que influye y es influido a su vez. (Jack Curtis.1973).

Relaciones Conyugales: Refiérase a la interacción de producto de las relaciones personales de una pareja que ha decidido compartir un hábitat sociocultural en común.

Relaciones Padre-hijo: Relación de jerarquía, que define las relaciones entre padres e hijos, y se entiende por la aceptación, tanto de los derechos como de las obligaciones; comunicación y sentimientos mutuos.

Proyecto de Vida: Se refiere a la capacidad del individuo, en determinar de manera consciente y relativamente planificada las expectativas de desarrollo de su futuro personal.

Adecuadas Relaciones: Existen ciertos elementos que garantizan el buen funcionamiento de una relación, el Psicólogo Roberto Morales del Pinal sugiere los aspectos más comunes y funcionales: amor, diálogo, pertenencia, diversiones en común, apoyo mutuo, respeto a la individualidad, administración adecuada de las finanzas, asignación de responsabilidad, autoridad bien llevada.

Inadecuadas Relaciones: Según el Dr. Roberto Morales del Pinal, son muchos los peligros que acechan las relaciones familiares, logrando convertirla en una organización disfuncional donde sus miembros son neuróticos, agresivos, que conviven físicamente, pero cada uno se encuentra aislado emocionalmente.

2.3.5 Técnicas de Investigación

La metodología estadística propuesta es de tipo descriptiva, sistema aleatorio simple y se sustenta en la recolección de datos obtenidos de las fichas clínicas de pacientes internados y evaluados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala y su Departamento de Psicología, esta labor se apoya con la aplicación de tablas y graficas, con base en frecuencias y porcentajes que constituyen medidas de proporción.

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación de Cuadros Quincenales de Servicios y Docencia:

Quincena	Servicio	Docencia
1 al 15 de Marzo	Asignación 23 pacientes Evaluación 9 pacientes Atención 7 pacientes externos	Implementación teórica sobre Admo. Del servicio en la clínica. Participación en el Panel S/Alcoholismo
16 al 31 de Marzo	Asignación 17 pacientes Evaluación 8 pacientes Atención 4 casos Discusión 4 casos	Explicación teórica del texto la entrevista psiquiátrica. Autor Harry StackSullivan. Implementación sobre ficha clínica y archivo
1 al 15 de Abril	Asignación 22 pacientes Evaluación 7 pacientes Atención 3 pacientes externos discusión de 2 casos	Docencia sobre examen menta, implementación sobre abordaje de pacientes e impresión clínica.
16 al 30 de Abril	Asignación 19 pacientes Evaluación 6 pacientes Atención 4 pacientes externos Discusión 6 casos	Implementación sobre Etiología del alcoholismo, hoja de evolución.
1 al 15 de Mayo	Asignación 18 pacientes Evaluación 8 pacientes Atención 4 pacientes externos Discusión 6 casos	Evaluación sobre etiología del alcoholismo, implementación sobre técnicas de Tx. Y revisión de ficha
16 al 31 de Mayo	Asignación 26 pacientes Evaluación 11 pacientes Atención 6 casos externos Discusión 8 casos	Asesoría fichas psicológicas hojas evolución y seguimiento de casos. Evaluación del texto Conceptos Fundamentales de Psicoterapia de Edwin Singer
1 al 15 de Junio	Asignación 20 pacientes Evaluación 8 pacientes Atención 6 casos externos Discusión de 6 casos	Implementación sobre focalización y diagnostico de problemas emocionales
16 al 30 de Junio	Asignación 18 pacientes Evaluación 6 pacientes Atención 6 pacientes externos Discusión 6 casos	Implementación teórica sobre el proceso Alcohol-Dependencia.
1 al 15 de Julio	Asignación 20 pacientes Evaluación 6 pacientes Atención 6 pacientes externos Discusión 2 casos	Evaluación a estudiantes sobre proceso alcohol-dependencia. Implementación sobre terapias psicológicas
16 al 31 de Julio	Asignación 19 pacientes Evaluación 8 pacientes Atención 5 pacientes externos	Implementación teórica y práctica sobre intervenciones psicoterapéuticas.

	Discusión 4 casos	
1 al 15 de Agosto	Asignación 18 pacientes Evaluación 6 pacientes Atención 2 pacientes externos Discusión 4 casos	Revisión y asesoría de fichas psicológicas y hojas de evolución.
16 al 31 de Agosto	Asignación 20 pacientes Evaluación 6 pacientes Atención 3 casos externos Charla sobre prevención del alcoholismo en el colegio Alejandro Fleming	Implementación y asesoría sobre seguimiento de casos e intervenciones psicoterapéuticas
1 al 15 de Septiembre	Asignación 26 pacientes Evaluación 12 pacientes Atención 6 casos externos Discusión 4 casos	Planificación de auto implementación grupal, utilizando los textos: Incidentes Críticos en Psicoterapia, Psiquiatría Clínica Aplicada y otros auxiliares.
16 al 30 de Septiembre	Asignación 23 pacientes Evaluación 8 pacientes Atención 5 pacientes externos Discusión 3 casos. Charla prevención sobre alcoholismo en la Comunidad Parramos	Exposición grupal sobre Entidades Gnoseológicas en Psicoterapia y exposición individual del caso Hipnosis Centrada en el Paciente
1 al 15 de Octubre	Asignación 26 pacientes. Evaluación 8 pacientes. Atención 5 casos externos. Asesoría de casos.	Exposición del caso “Hans encuentra a su padre”.
16 al 31 de Octubre	Asignación 30 pacientes. Evaluación 12 pacientes. Externos 5 casos y Asesoría de casos.	Implementación teórica sobre la Terapia Centrada en el Paciente.
1 al 15 de Noviembre.	Asignación 20 pacientes. Evaluación 6 pacientes. Asesoría de casos.	Conferencia grupal sobre La Terapia Centrada en el Paciente.
16 al 30 de Noviembre.	Asignación 14 pacientes. Evaluación 5 pacientes. Asesoría de Casos y Charla sobre prevención de alcoholismo.	Exposición del Caso “Salvamento en la Casa del Acantilado”. No. 1.
1 al 15 de Diciembre	Asignación 19 pacientes. Evaluación 5 pacientes. Externos 3 casos y Asesoría de casos	Revisión de fichas clínicas y hojas de evolución de expedientes.
1 al 15 de Enero	Asignación 18 pacientes. Evaluación 6 pacientes. Asesoría de casos y Externos 2 casos.	Implementación sobre seguimiento de casos.
16 al 31 de Enero.	Asignación 22 pacientes. Evaluación 8 pacientes Externos 2 casos.	Revisión y asesoría de fichas clínicas y hojas de evolución.
1 al 15 de Febrero.	Asignación 18 paciente. Evaluación 6 pacientes.	Revisión de expedientes y evaluación final de estudiante

	Externos 2 casos.	practicantes.
16 al 29 de Febrero.	Sesión final de trabajo Coordinador y Epesistas.	Información general y administrativa a los estudiantes de nuevo ingreso al Patronato.

TOTAL PACIENTES ASIGNADOS	456
TOTAL PACIENTES EVALUADOS	167
TOTAL PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS	44
TOTAL DE DISCUSIONES DE CASOS	68
TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN DOCENCIA	176
TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN SERVICIO	368

3.2 Resultados de la Investigación:

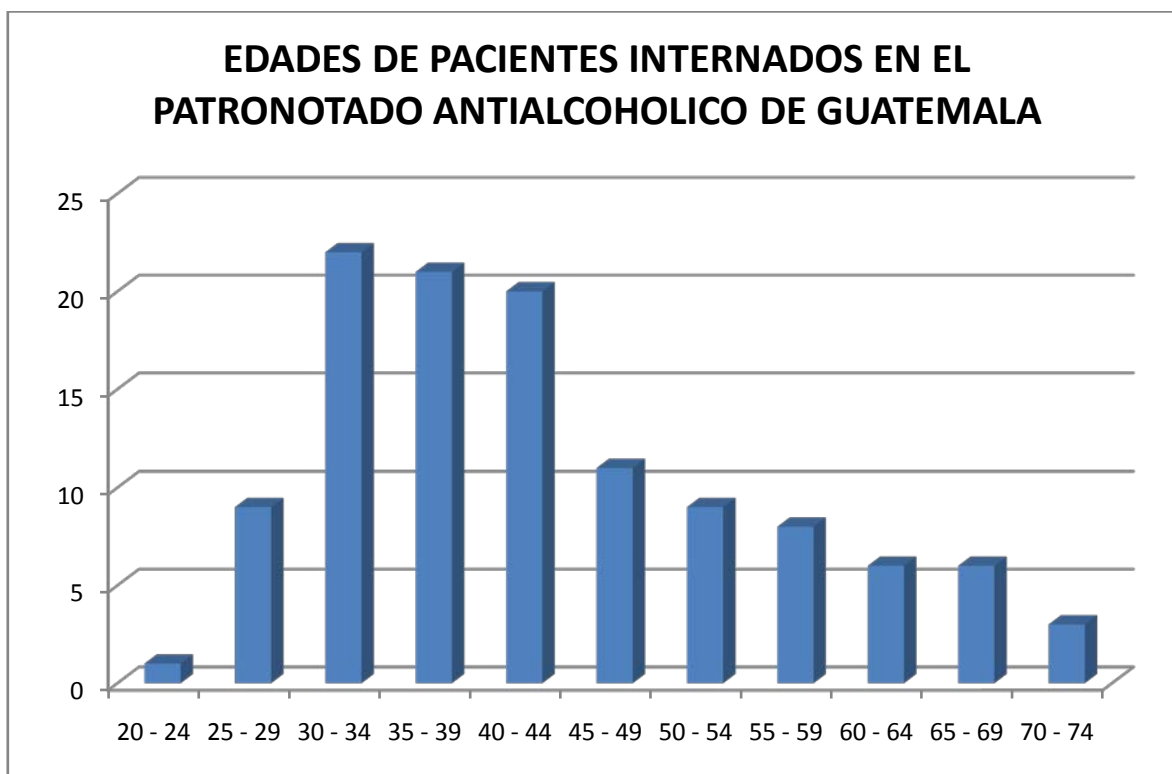
CUADRO NO. 1

DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS DE EDADES EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A JUNIO DE 1991

Edades	Frecuencia	%
20 - 24	1	0.862
25 - 29	9	7.759
30 - 34	22	18.966
35 - 39	21	18.103
40 - 44	20	17.241
45 - 49	11	9.483
50 - 54	9	7.759
55 - 59	8	6.897
60 - 64	6	5.172
65 - 69	6	5.172
70 - 74	3	2.586
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



CUADRO NO. 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE ESTADO CIVIL DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DURANTE EL PERIODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Estado Civil	Frecuencia	%
Solteros	14	12.069
Casados	64	55.172
Unidos de Hecho	21	18.103
Divorciados	7	6.034
Separados	4	3.448
Viudos	6	5.172
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis

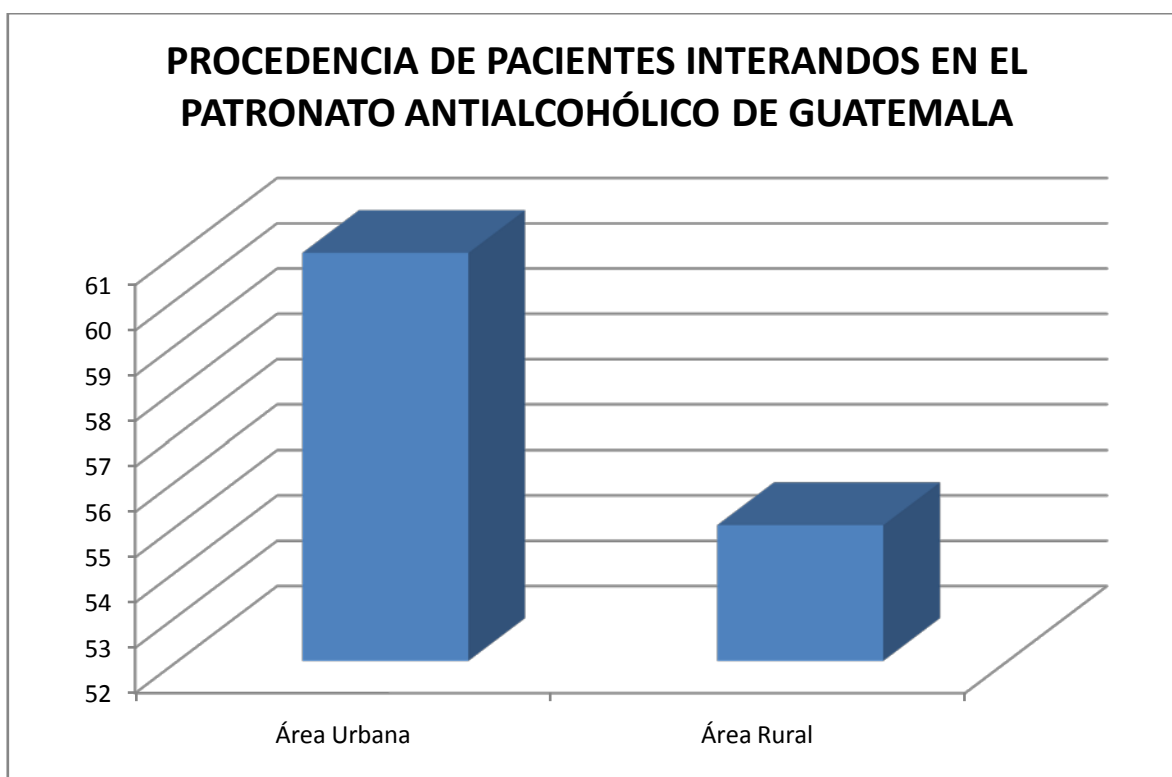


CUADRO NO. 3
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PROCEDENCIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO
ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.
DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Procedencia	Frecuencia	%
Área Urbana	61	52.586
Área Rural	55	47.414
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



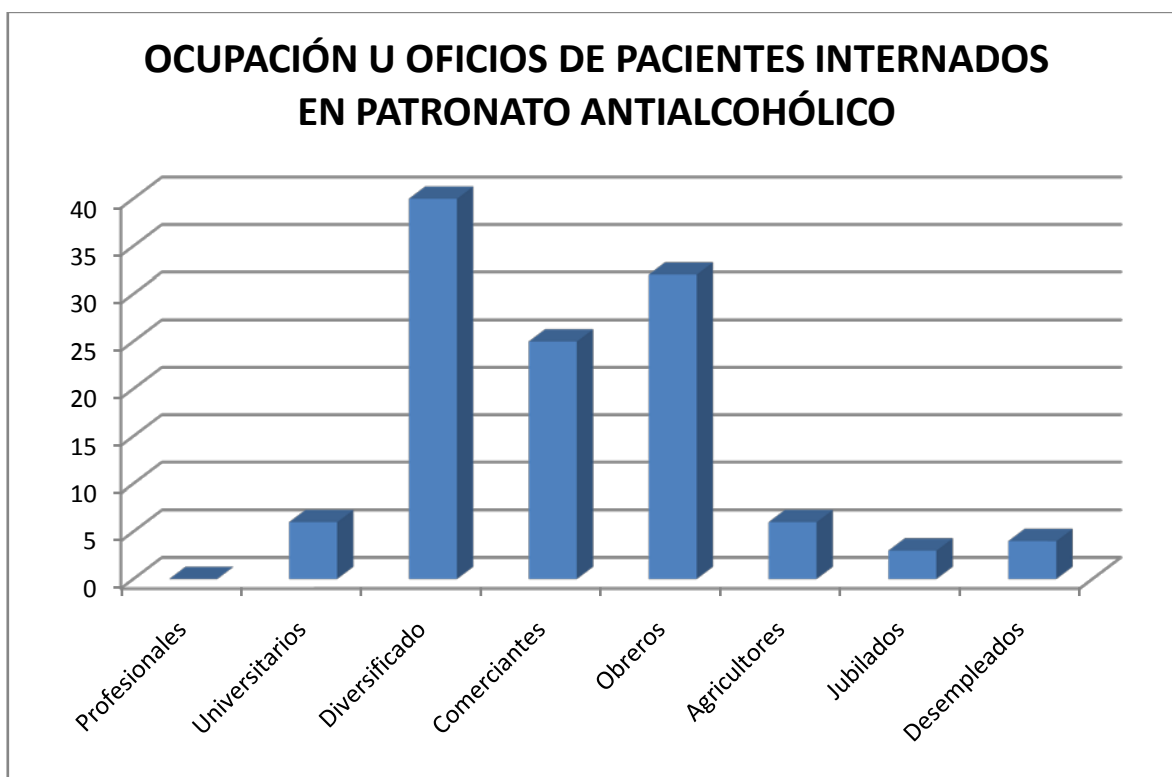
CUADRO NO. 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE OCUPACIÓN U OFICIOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Ocupación u Oficio	Frecuencias	%
Profesionales	0	0.000
Universitarios	6	5.172
Diversificado	40	34.483
Comerciantes	25	21.552
Obreros	32	27.586
Agricultores	6	5.172
Jubilados	3	2.586
Desempleados	4	3.448
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



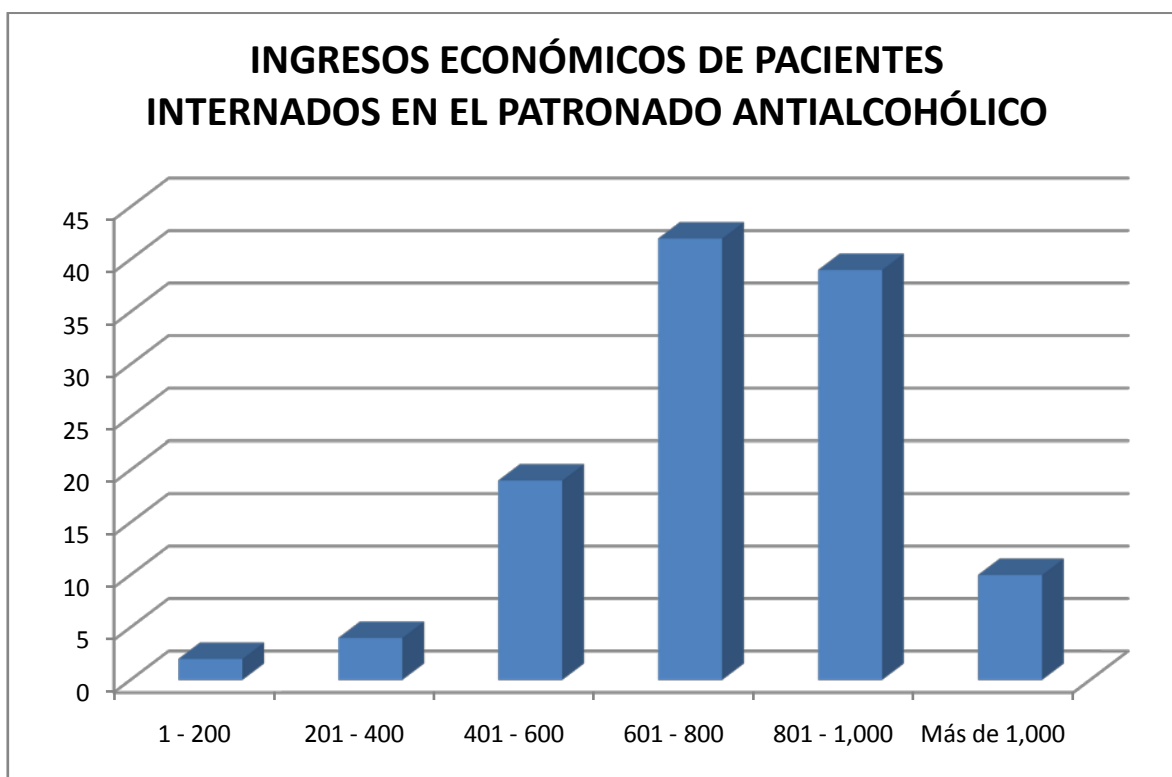
CUADRO NO. 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS INGRESOS ECONÓMICOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Monto de Ingresos	Frecuencias	%
1 - 200	2	1.724
201 - 400	4	3.448
401 - 600	19	16.379
601 - 800	42	36.207
801 - 1,000	39	33.621
Más de 1,000	10	8.621
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



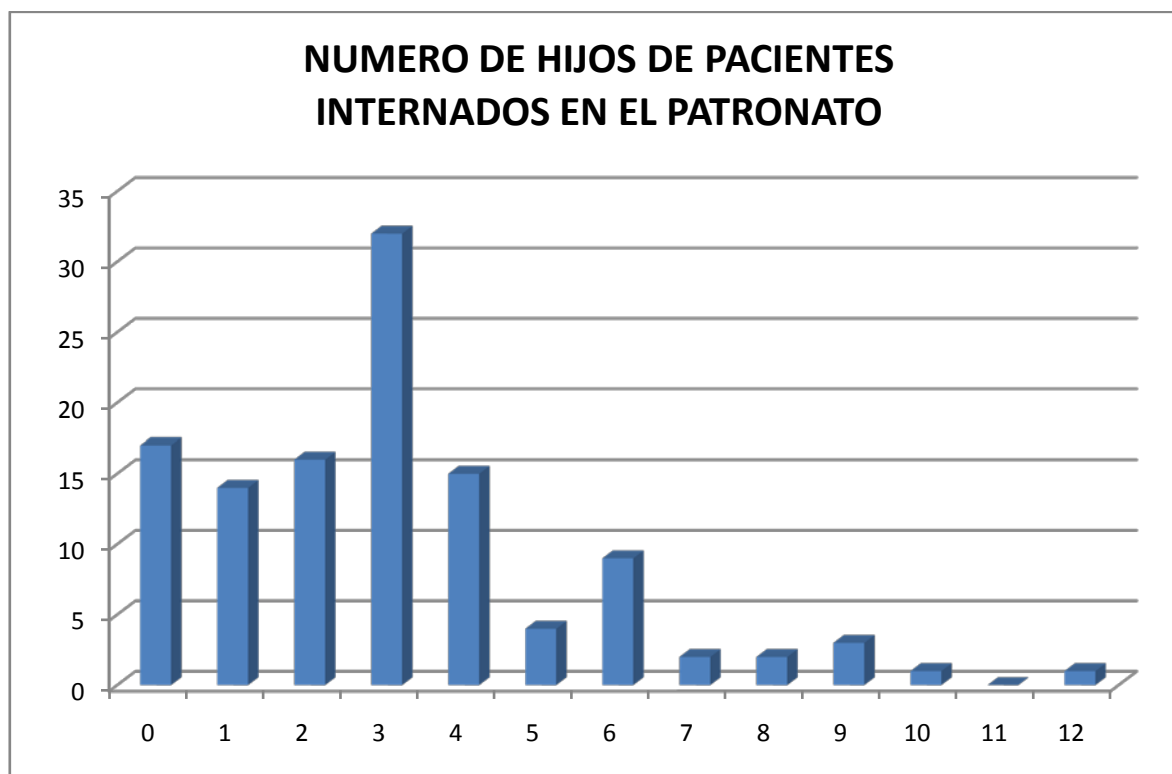
CUADRO NO. 6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NÚMERO DE HIJOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

No. De Hijos	Frecuencias	%
0	17	14.655
1	14	12.069
2	16	13.793
3	32	27.586
4	15	12.931
5	4	3.448
6	9	7.759
7	2	1.724
8	2	1.724
9	3	2.586
10	1	0.862
11	0	0.000
12	1	0.862
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



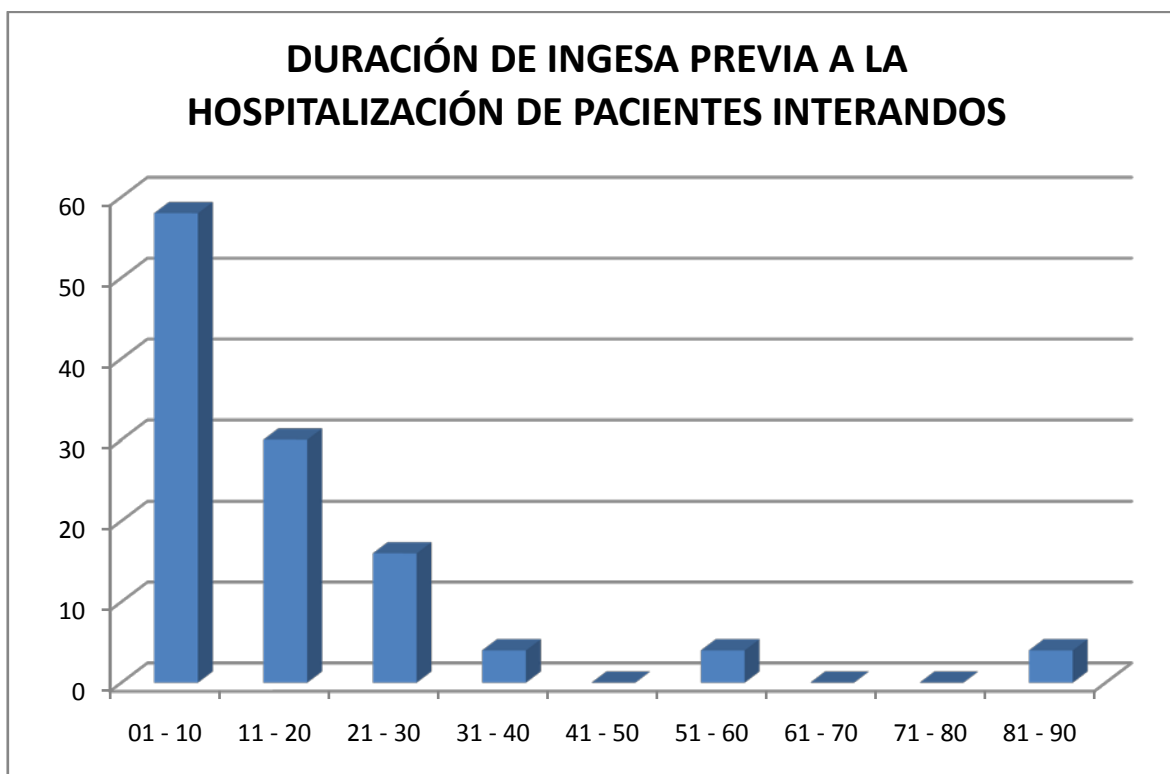
CUADRO NO. 7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA DURACIÓN DE LA INGESTA PREVIA A LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Duración de la Ingesta en Días	Frecuencia	%
01 - 10	58	50.000
11 - 20	30	25.862
21 - 30	16	13.793
31 - 40	4	3.448
41 - 50	0	0.000
51 - 60	4	3.448
61 - 70	0	0.000
71 - 80	0	0.000
81 - 90	4	3.448
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



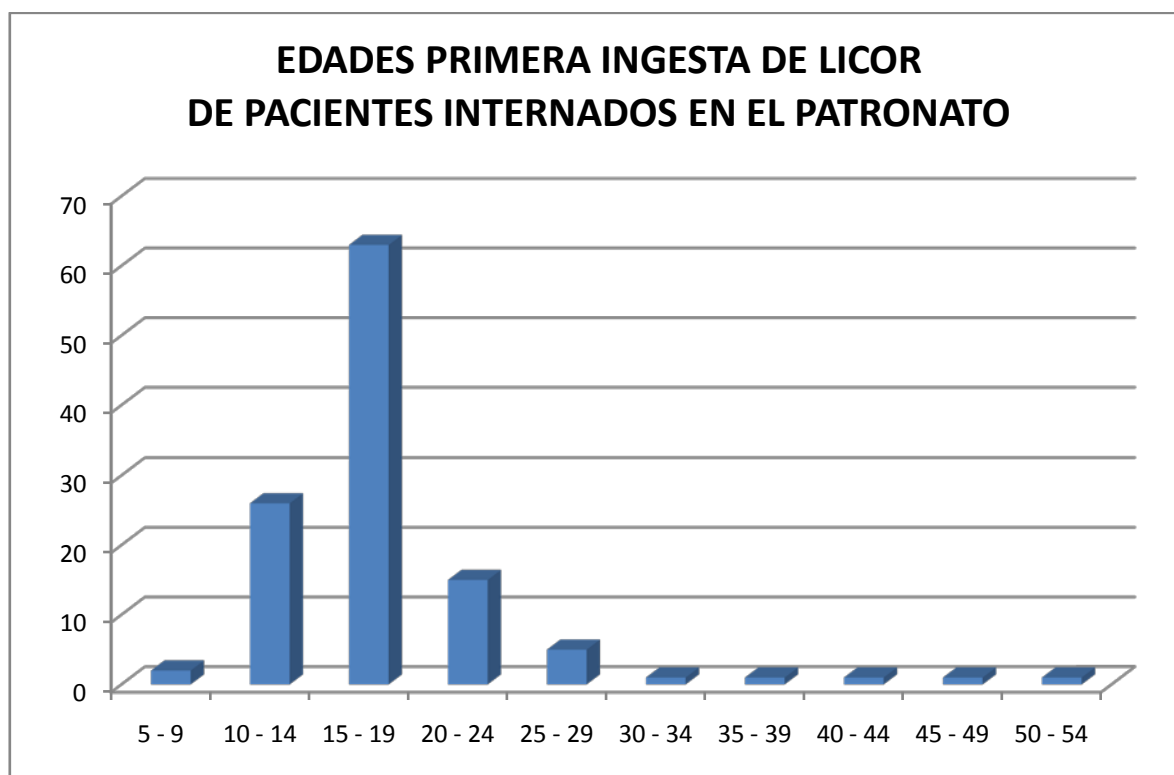
CUADRO NO. 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE EDADES DE LA PRIMERA INGESTA DE LICOR EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Edad de la Primera Ingesta de Licor	Frecuencia	%
5 - 9	2	1.724
10 - 14	26	22.414
15 - 19	63	54.310
20 - 24	15	12.931
25 - 29	5	4.310
30 - 34	1	0.862
35 - 39	1	0.862
40 - 44	1	0.862
45 - 49	1	0.862
50 - 54	1	0.862
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



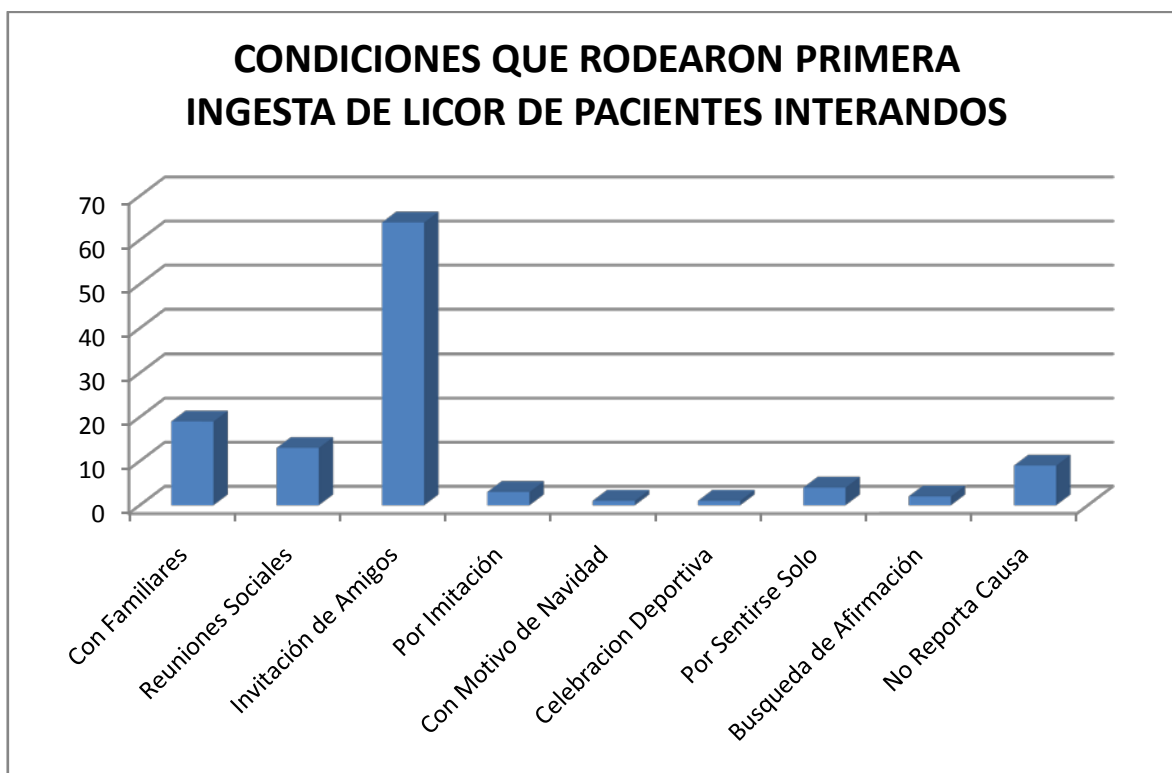
CUADRO NO. 9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CONDICIONES QUE RODEARON LA PRIMERA INGESTA DE LICOR EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Condiciones	Frecuencias	%
Con Familiares	19	16.379
Reuniones Sociales	13	11.207
Invitación de Amigos	64	55.172
Por Imitación	3	2.586
Con Motivo de Navidad	1	0.862
Celebración Deportiva	1	0.862
Por Sentirse Solo	4	3.448
Búsqueda de Afirmación	2	1.724
No Reporta Causa	9	7.759
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



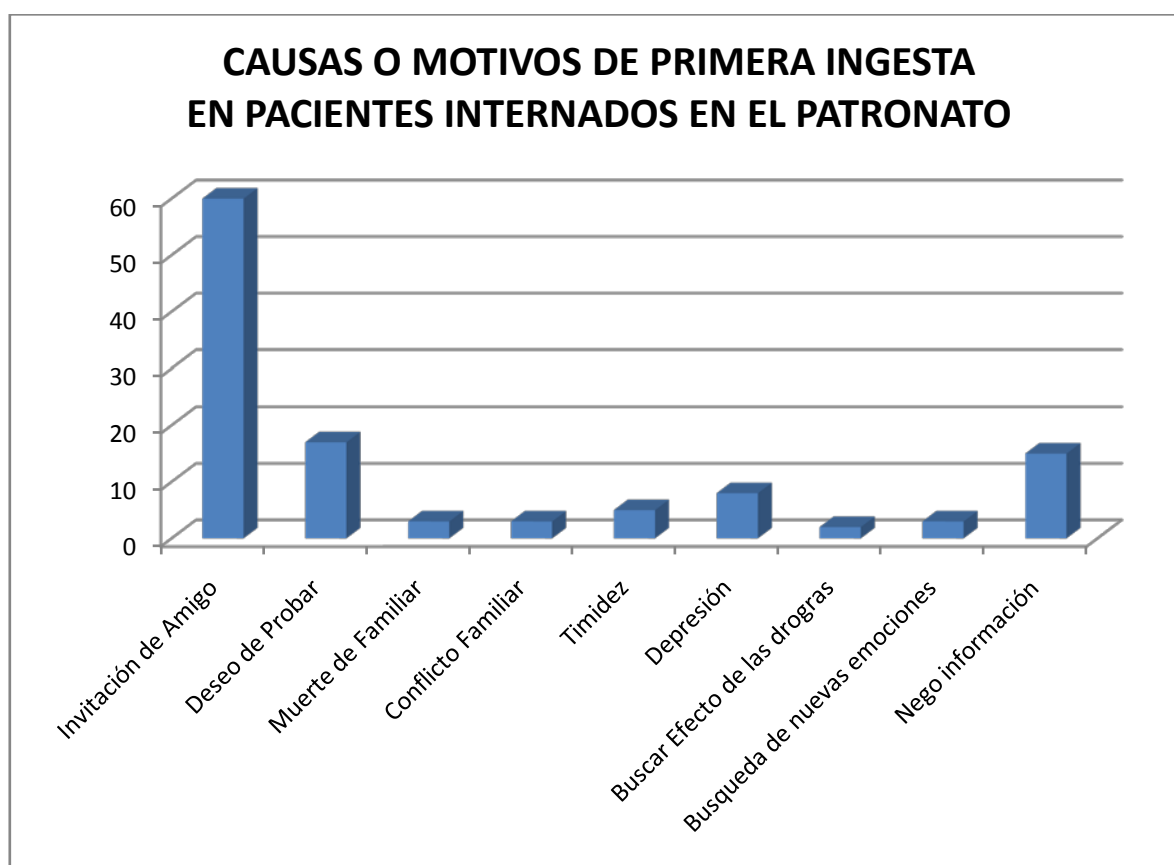
CUADRO NO. 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CAUSAS O MOTIVOS PARA LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Causas o Motivos	Frecuencia	%
Invitación de Amigo	60	51.724
Deseo de Probar	17	14.655
Muerte de Familiar	3	2.586
Conflicto Familiar	3	2.586
Timidez	5	4.310
Depresión	8	6.897
Buscar Efecto de las drogas	2	1.724
Búsqueda de nuevas emociones	3	2.586
Negó información	15	12.931
	116	100.0

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



CUADRO NO. 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACTORES Y NO SATISFACTORES EN LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Satisfactores y no Satisfactores	Frecuencia	%
Relajamiento	6	5.172
Alegría y bienestar	60	51.724
Sensación de euforia	3	2.586
Sensación de seguridad en sí mismo	17	14.655
Malestar físico y moral	8	6.897
Angustia	9	7.759
No reporta satisfacción de ninguna clase	13	11.207
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



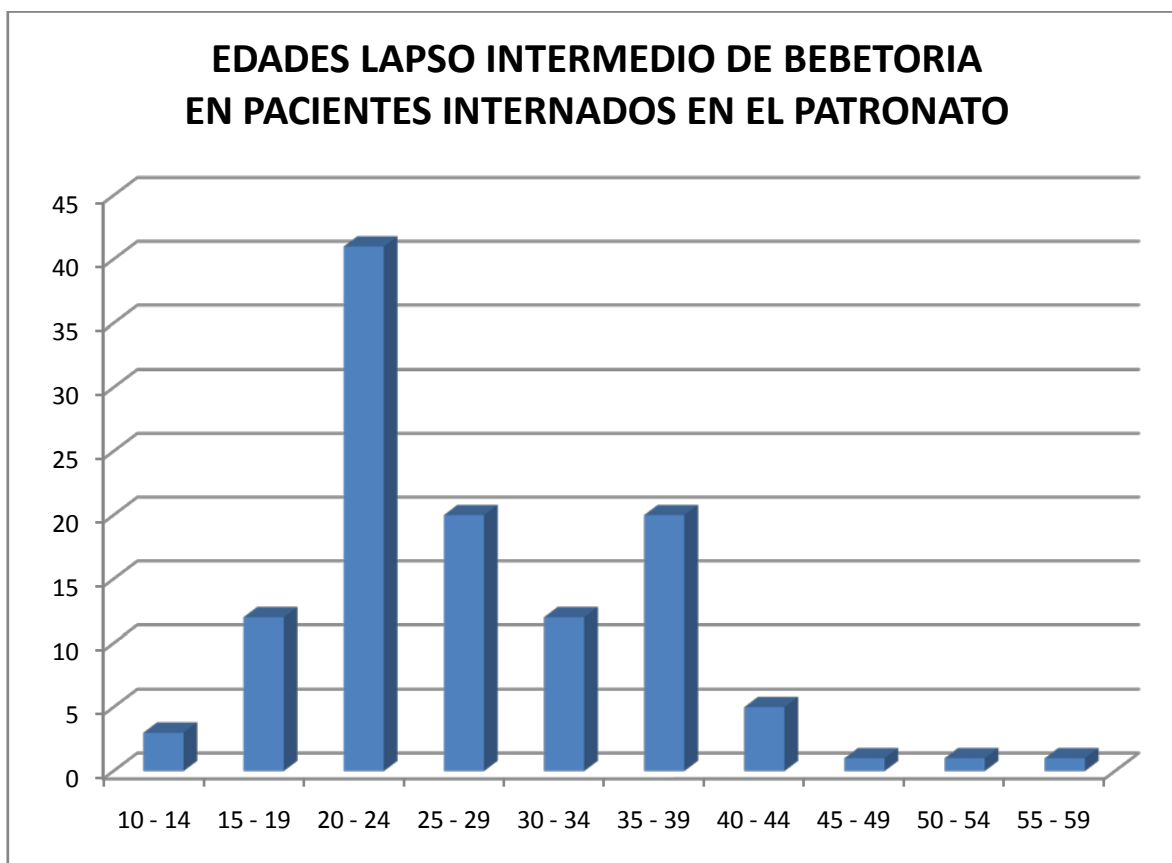
CUADRO NO. 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE EDADES DEL LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Edades Lapso Intermedio	Frecuencia	%
10 - 14	3	2.586
15 - 19	12	10.345
20 - 24	41	35.345
25 - 29	20	17.241
30 - 34	12	10.345
35 - 39	20	17.241
40 - 44	5	4.310
45 - 49	1	0.862
50 - 54	1	0.862
55 - 59	1	0.862
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



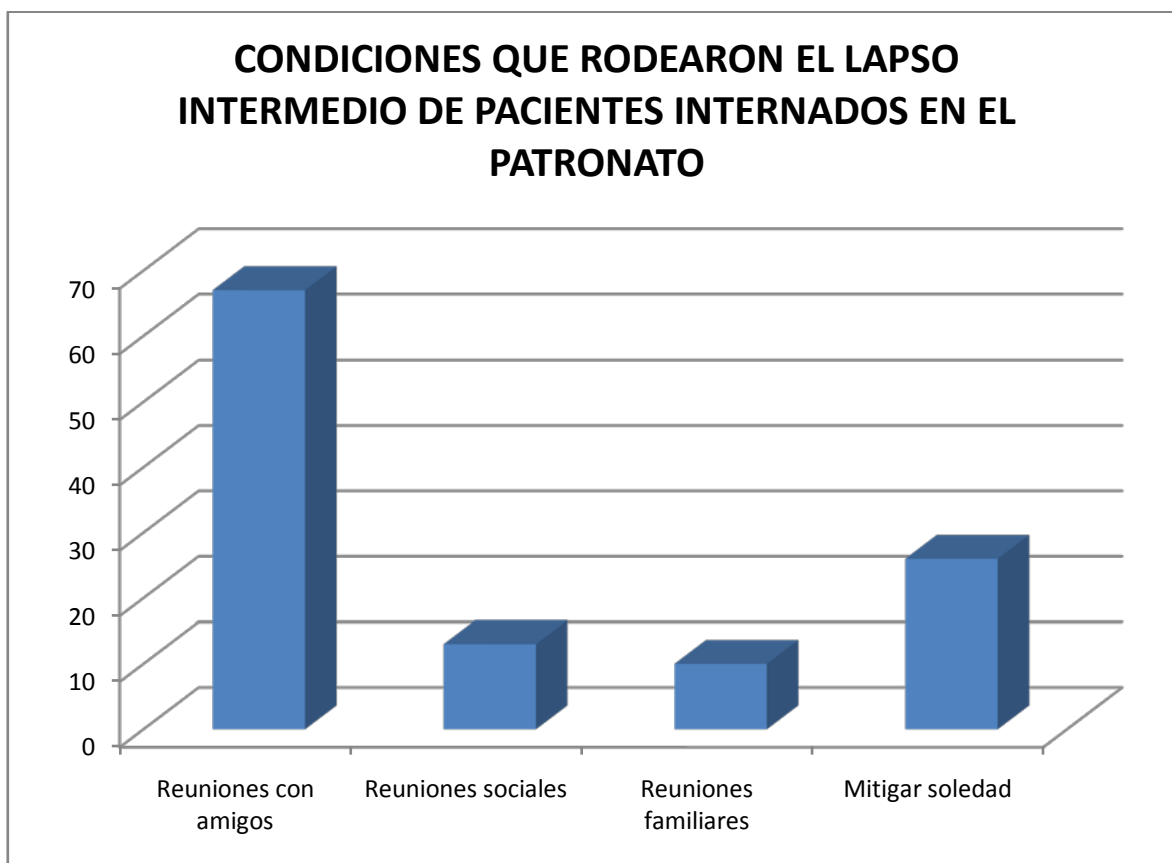
CUADRO NO. 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CONDICIONES QUE RODEARON DEL LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Condición Lapso Intermedio	Frecuencia	%
Reuniones con amigos	67	57.759
Reuniones sociales	13	11.207
Reuniones familiares	10	8.621
Mitigar soledad	26	22.414
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



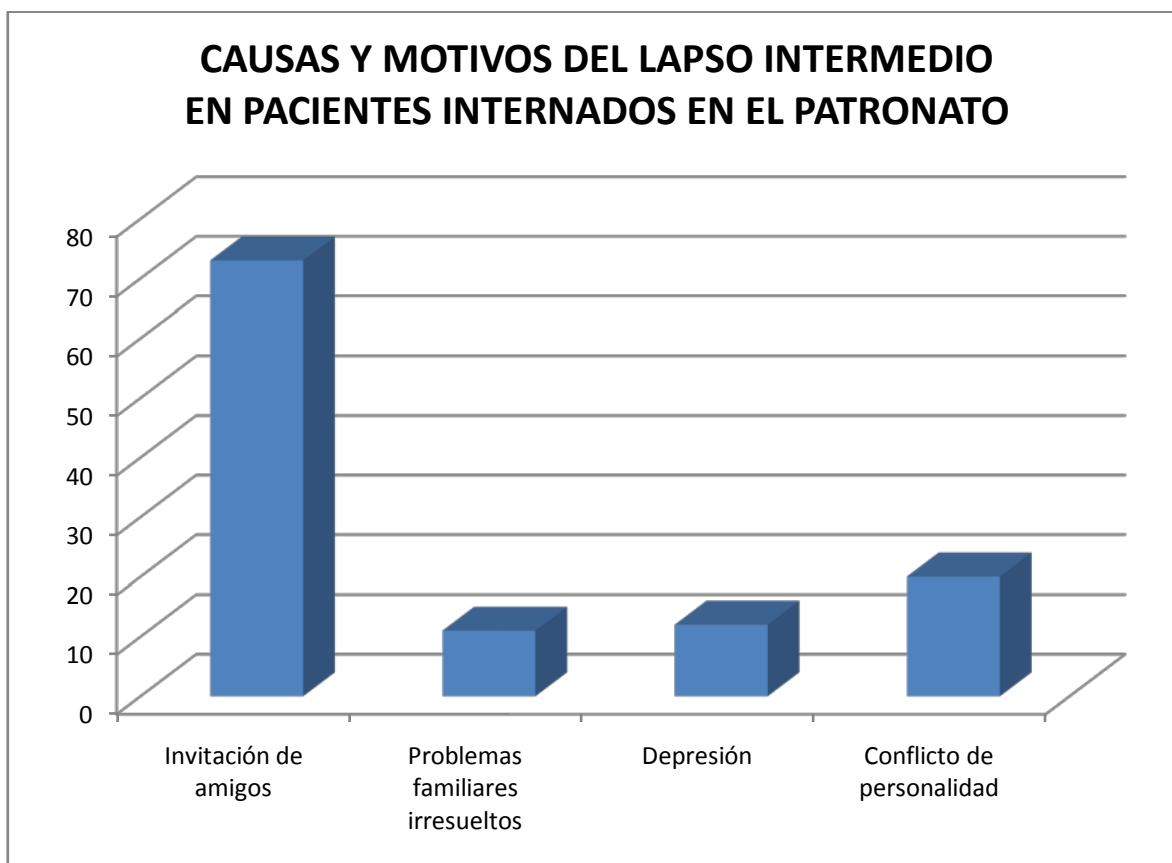
CUADRO NO. 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CAUSAS O MOTIVOS DEL LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Causas o Motivos Lapso Intermedio	Frecuencia	%
Invitación de amigos	73	62.931
Problemas familiares irresueltos	11	9.483
Depresión	12	10.345
Conflicto de personalidad	20	17.241
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



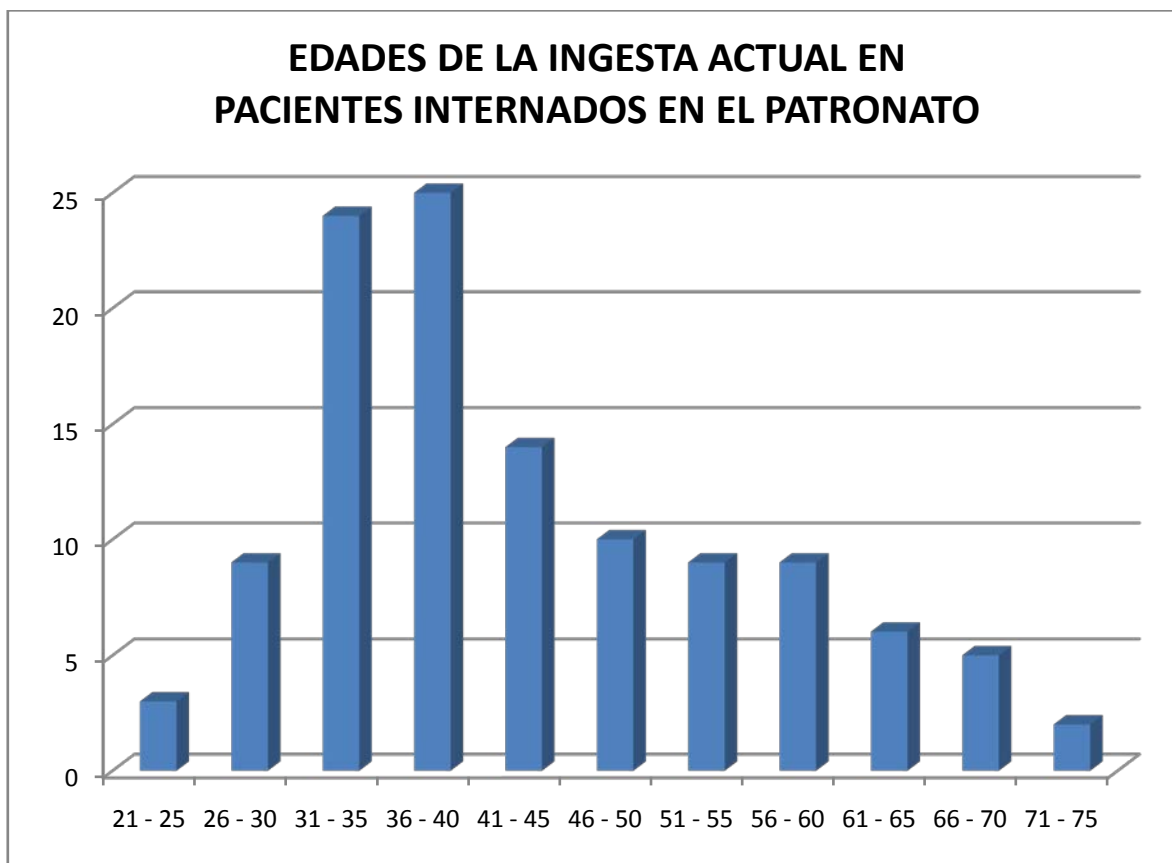
CUADRO NO. 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE EDADES DE LA INGESTA ACTUAL, CRÓNICA O NO EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Edades Ingesta Actual	Frecuencia	%
21 - 25	3	2.586
26 - 30	9	7.759
31 - 35	24	20.690
36 - 40	25	21.552
41 - 45	14	12.069
46 - 50	10	8.621
51 - 55	9	7.759
56 - 60	9	7.759
61 - 65	6	5.172
66 - 70	5	4.310
71 - 75	2	1.724
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



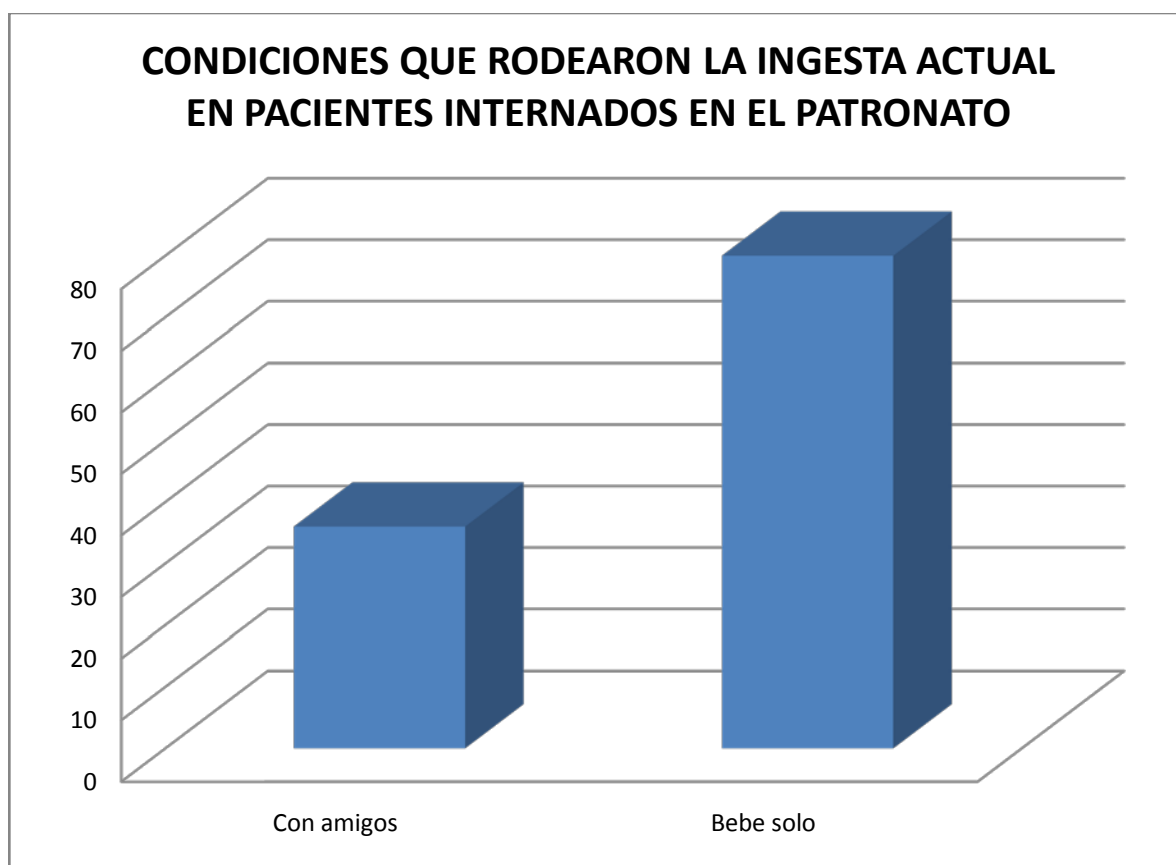
CUADRO NO. 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CONDICIONES QUE RODEARON LA INGESTA ACTUAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Condiciones Ingesta Actual	Frecuencia	%
Con amigos	36	31.034
Bebe solo	80	68.966
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



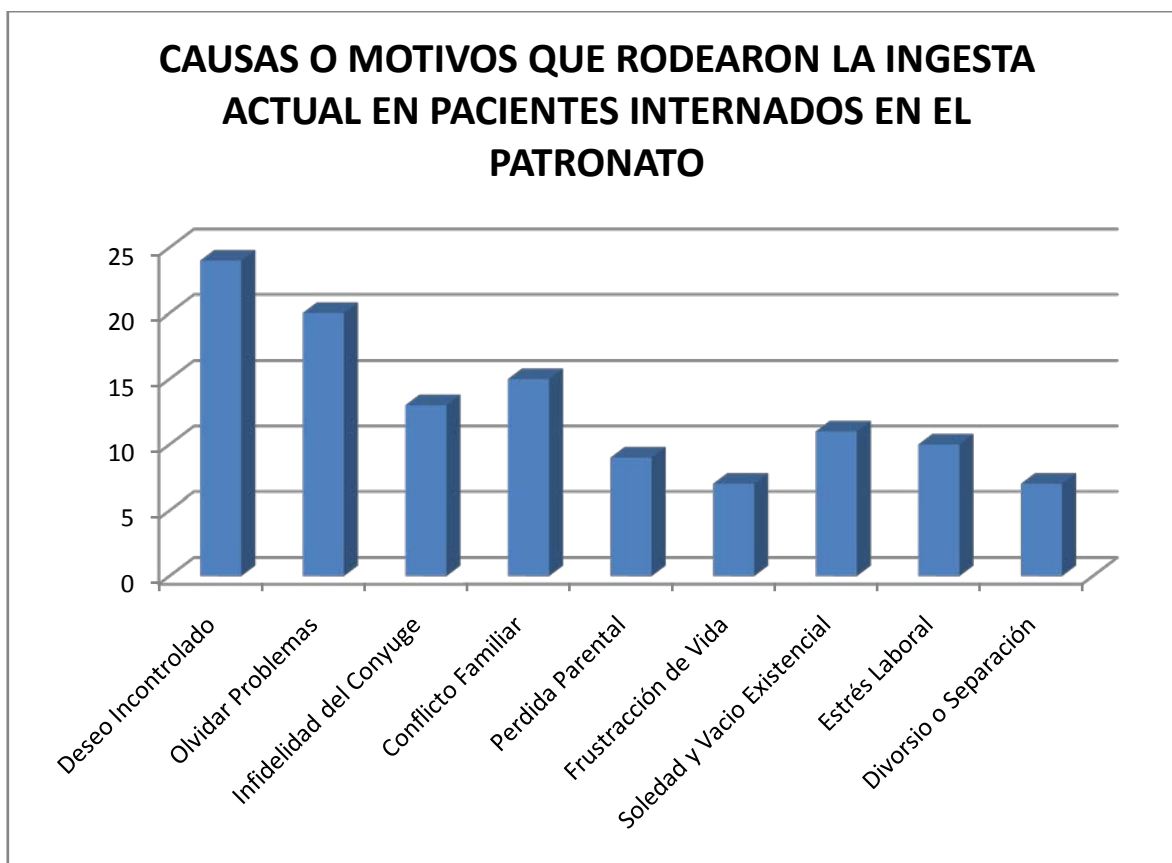
CUADRO NO. 17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CONDICIONES O CAUSAS QUE RODEARON A LA INGESTA ACTUAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Causas o Motivos de la Ingesta Actual	Frecuencia	%
Deseo Incontrolado	24	20.690
Olvidar Problemas	20	17.241
Infidelidad del Cónyuge	13	11.207
Conflicto Familiar	15	12.931
Perdida Parental	9	7.759
Frustración de Vida	7	6.034
Soledad y Vacío Existencial	11	9.483
Estrés Laboral	10	8.621
Divorcio o Separación	7	6.034
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



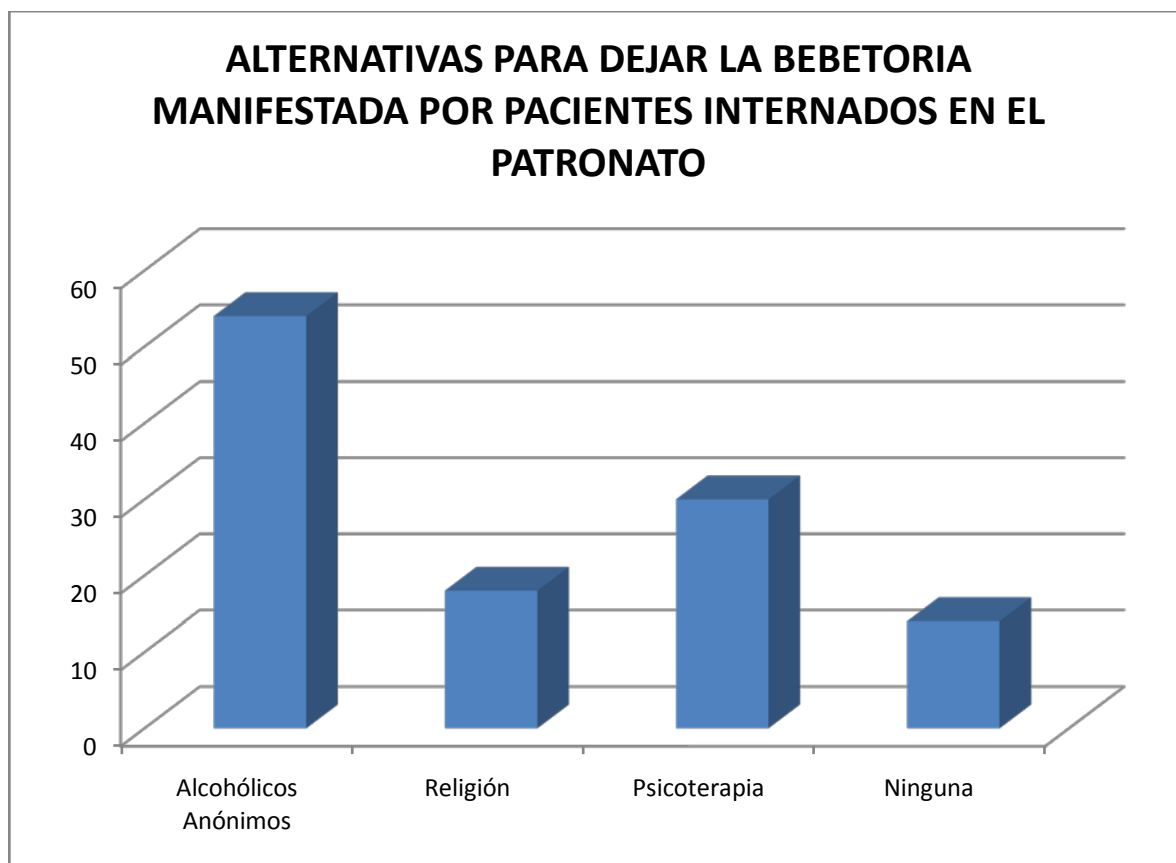
CUADRO NO. 18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ALTERNATIVAS PARA DEJAR LA BEBETORIA, MANIFESTADAS POR PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Alternativas	Frecuencia	%
Alcohólicos Anónimos	54	46.552
Religión	18	15.517
Psicoterapia	30	25.862
Ninguna	14	12.069
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



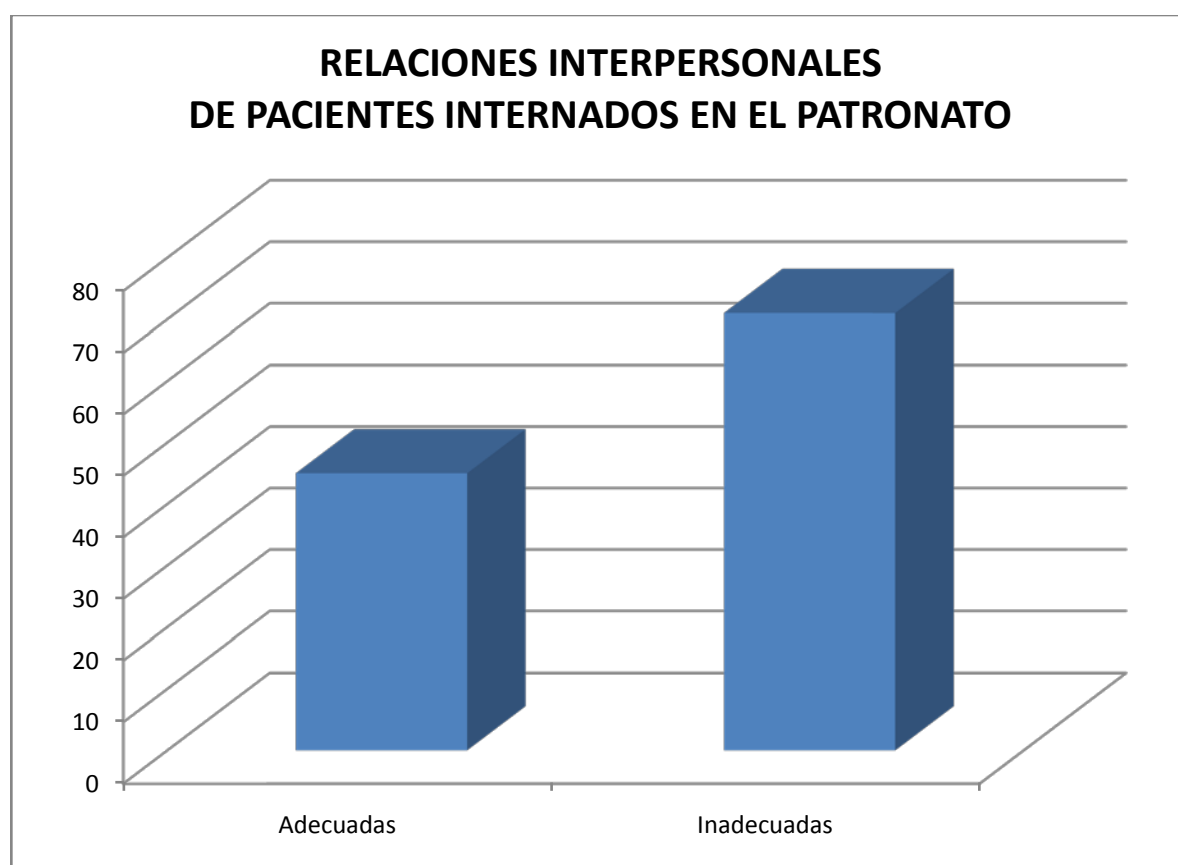
CUADRO NO. 19

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Relaciones Interpersonales	Frecuencia	%
Adecuadas	45	38.793
Inadecuadas	71	61.207
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



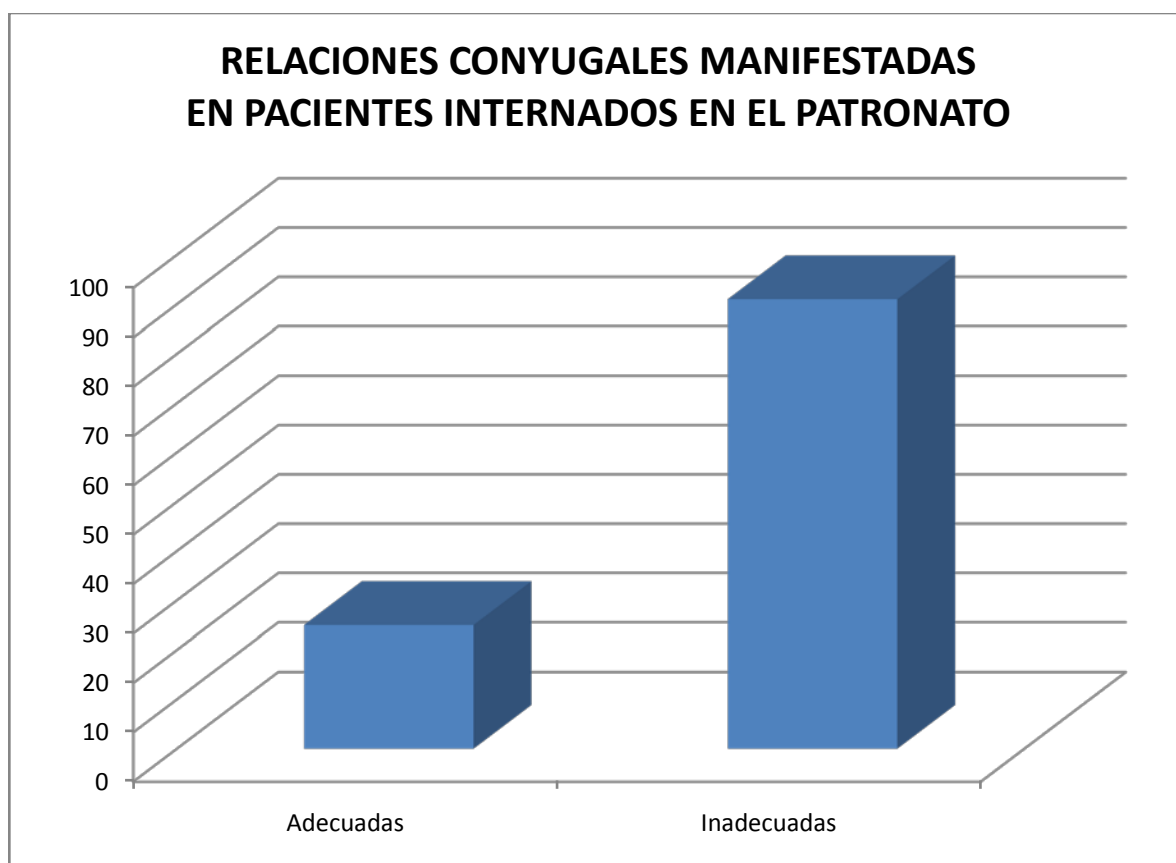
CUADRO NO. 20

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE RELACIONES CONYUGALES DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Relaciones Conyugales	Frecuencia	%
Adecuadas	25	21.552
Inadecuadas	91	78.448
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



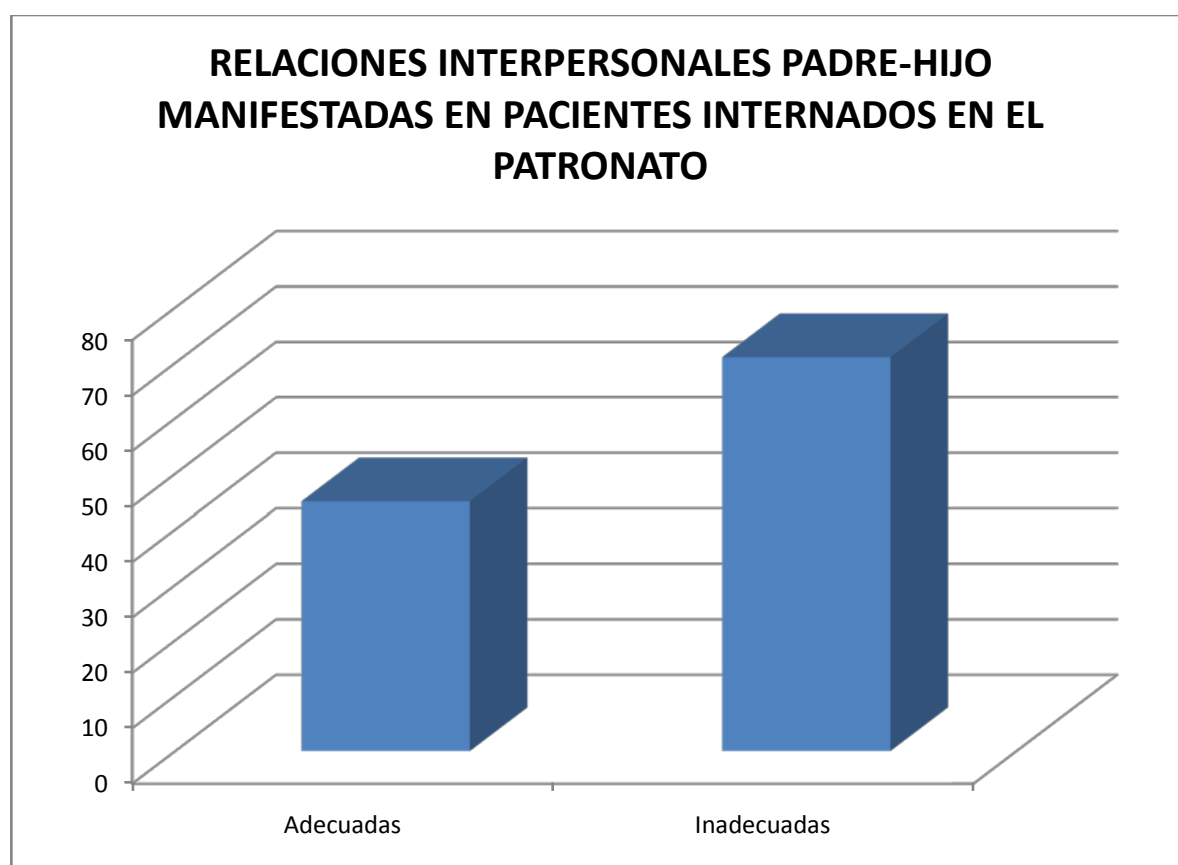
CUADRO NO. 21

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE RELACIONES INTERPERSONALES PADRE-HIJO DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Relaciones Padre-Hijo	Frecuencia	%
Adecuadas	45	38.793
Inadecuadas	71	61.207
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



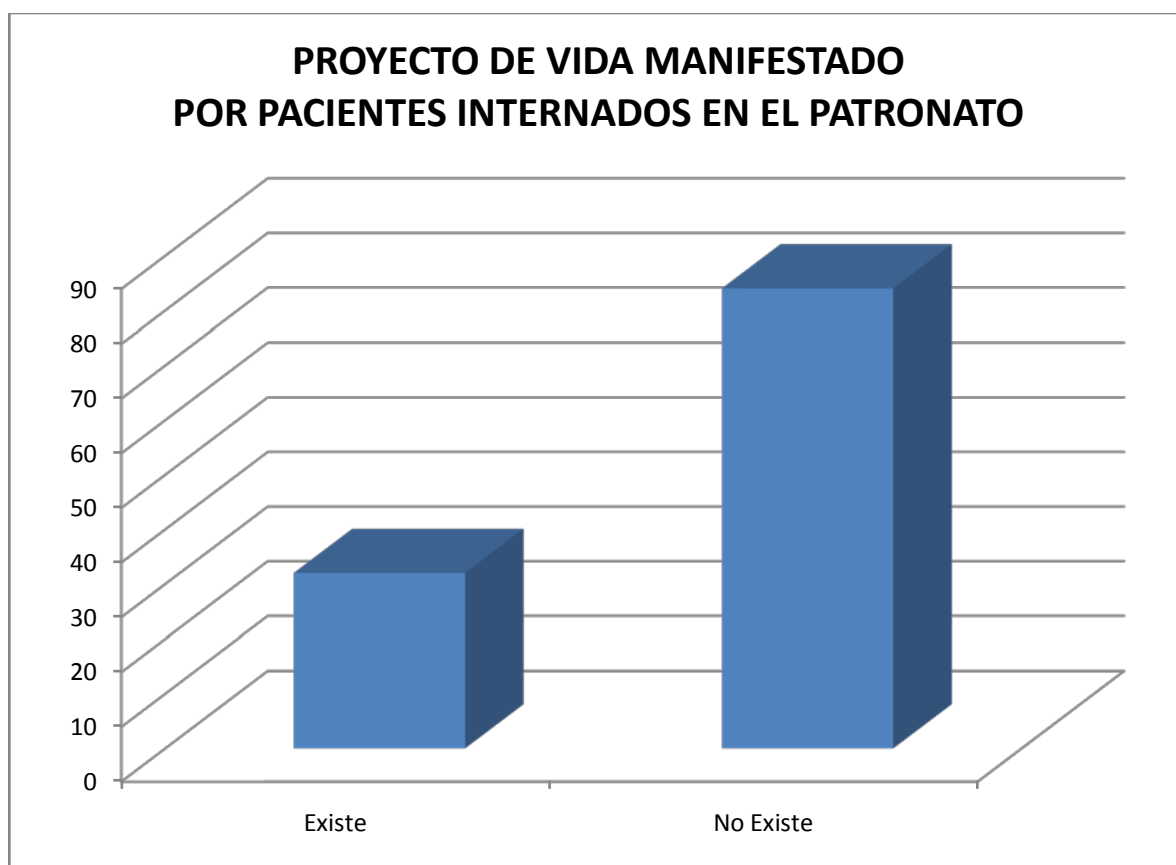
CUADRO NO. 22

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PROYECTO DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHÓLICO DE GUATEMALA Y ENTENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. DURANTE EL PERÍODO DE ENERO – JUNIO DE 1991

Proyecto de Vida	Frecuencia	%
Existe	32	27.586
No Existe	84	72.414
	116	100

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente a Enero – Junio 1991

Muestra: 116 unidades de análisis



3.3 Perfil Integral de la Investigación:

Con base en los resultaos que el presente estudio sustenta, sobre el 50% del universo de la muestra, se establece que el perfil representativo del paciente es el siguiente:

Alrededor del 64% de los pacientes oscilan entre las edades de 30 a 49 años; más de la mitad son casados y provienen de la capital, bebieron entre uno y quince días antes de su ingreso. Y la incidencia mayor en cuanto a sus ocupaciones están referidas a profesionales medios, obreros y comerciantes, quienes tienen ingresos de 500 a 1,000 quetzales. Señalando que tienen un promedio de uno a cinco hijos. Iniciando su primera bebetoria de uno a cinco hijos. Iniciando su primera bebetoria entre los quince y diez y nueve años, por imitación o invitación de amigos, teniendo como satisfactores en el 50% alegría y bienestar, así como seguridad en sí mismo. Consignándose que cuando la enfermedad progresó hacia un período intermedio en un 80% se dio entre las edades de 20 a 39 años, posteriormente esta enfermedad se torna crónica para el 62% entre las edades de 31 a 50 años, y para este momento el 80% de los pacientes inician sus bebetorias solos. Aludiendo como causa un deseo incontrolado por la bebida. Olvida problemas, conflictos familiares, infidelidad del cónyuge; decidiendo que sus alternativas para dejar de beber la constituyen en primera instancia A.A. y la psicoterapia en más del 72% de los pacientes, el 61% presenta relaciones interpersonales inadecuadas y el 76% manifiesta inadecuadas relaciones conyugales y así mismo un 46% de la muestra presenta inadecuadas relaciones padre-hijo, y en lo que respecta al proyecto de vida del paciente nos arroja un resultado de que el 72% carece de él.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados de Servicios:

4.1.1 Logros Alcanzados:

El servicio que realizan los epesistas en el Patronato Antialcohólico, se presenta a dos niveles: 1) Psicoterapéutico a nivel terciario y secundario, dirigido a pacientes internos y externos; y 2) De prevención a nivel primario, dirigido a población en riesgo: estudiantes de nivel primario y secundario, agrupaciones sociales, culturales y de servicio, e instituciones privadas y estatales.

El nivel psicoterapéutico es quizá el más destacado en cuando el volumen de trabajo y productos obtenidos, ya que tanto en la primera entrevista como en el tratamiento de seguimiento, los resultados son positivos, tanto para los pacientes como para la Institución. Esto se debió a que el nuevo sistema de asignación permitió la captación de los pacientes que realmente desean un cambio en su situación, y por ende se evidenció la necesidad del servicio psicológico.

En nivel de prevención, los resultados fueron obvios, se pudo evaluar la comprensión y captación de los objetivos, los que revestirá al bienestar personal y social de los educandos y demás personas.

Todo esto conjugado dio como resultado un servicio de primera calidad y al no dudarlo prestigio para la Institución.

4.1.2 Limitaciones y Problemáticas Encontradas:

Uno de los problemas encontrados y que más influyó en la prestación del servicio, fue el desfase a la altura del mes de julio de 1991, cuando se cambio al supervisor coordinador, y se inicio a manejar el nuevo sistema de asignación de pacientes, el cual bajo la captación

de pacientes, evidenciada hasta el presente. El anterior sistema aún siendo empírico daba la oportunidad de captar más pacientes, no se dice que el actual sistema no sea lo mejor, le hace falta combinarlo con la concientización previamente del personal médico y paramédico hacia el paciente. Para hacerlo totalmente eficaz. Sin embargo, este sistema permitió la atención de pacientes, que realmente desean un cambio en su situación alcohólica.

Otro aspecto es el estado físico de la Institución, existen tres clínicas para psicología, pero solo dos de ellas son utilizables, y una de ellas adolece de iluminación adecuada y ventilación.

Finalmente e de señalar que los estudiantes practicantes y epesistas deben aportar las pruebas proyectivas y materiales psicométricas utilizadas en la evaluación de pacientes, siendo necesario que la Institución apoya en ese sentido, para un mejor desarrollo del servicio psicológico.

La problemática encontrada en la prestación del servicio en la Institución es la poca o casi nula conciencia existente entre el personal médico y paramédico del Patronato Antialcohólico, no dándole la importancia necesaria a la psicología en el tratamiento del síndrome alcohol-dependencia. Concientización que se hace necesaria y extensiva a todo el personal.

No está de más señalar que la psicología no se opone ni se opondrá jamás a toda aquella actividad que tienda a ofrecer alternativas de solución del alcoholismo. Desde ese punto de vista se recomienda al paciente que asista al grupo Alcohólicos Anónimos, Así como a su grupo religioso o cualquier otra entidad de apoyo. Se hace necesario que el Departamento de Psicología y el Grupo Institucional de A.A. “ Alfa y Omega”, limen

asperezas y a cambio colaboren estrechamente, tomando en cuenta que el fin de ambos es la recuperación total o parcial de paciente.

4.2 Resultados de Docencia:

4.2.1 Logros Alcanzados:

La experiencia docente la realización del Ejercicio Profesional Supervisado en el Patronato Antialcohólico fue muy especial y dinámica. Se cumplieron en el 100% los objetivos trazados en el proyecto inicial.

En primer término, se menciona que las planificaciones realizadas por los epesistas, juntamente con el Coordinador Académico Profesional, respecto a las tareas docentes, fueron organizadas y ejecutadas, redundando en el crecimiento profesional y personal, tanto de los epesistas, como de los estudiantes practicantes del centro.

La implementación teórica realizada a lo largo del año de trabajo, cumplió su cometido, pues el 80% de los estudiantes practicantes mostraron claros signos de superación, como también en el conocimiento del síndrome alcohol-dependencia.

4.2.2 Limitaciones y Problemática Encontrada:

En el desarrollo de la docencia también se vio afectada por el cambio de supervisor. Sin embargo ello no fue obstáculo para que el Coordinador y los epesistas continuaran con el desarrollo de las actividades y se implementarán otras adicionales.

También se debe mencionar que los recursos pedagógicos son limitados, pero los existentes bien utilizados resultan eficaces.

La principal limitación que adolece el Departamento de Psicología, en cuanto a la implementación docente, es la falta de bibliografía adecuada, en cuanto a los temas psicoterapéuticos a tratar, (Biblioteca, Equipo: proyectores, grabadoras, televisión, video, etc.), que no están a la entera disposición del Departamento.

4.3 Análisis de los Resultados de Investigación:

Edad actual de los internos: (Cuadro y gráfica No.1)

Los resultados obtenidos indican una mayor frecuencia en la denominada edad actual de los pacientes internados, que en un 19% oscila entre los 30 y 34 años y, en conjunto, las mayores frecuencias estriban en un 54% comprendiendo pacientes de entre 30 45 años, concordando con lo expuesto por Noyes-Kolb y por J.S. Madden (21). Todo lo anterior coincide con la cronicidad que se explicará más adelante.

Estado Civil, Procedencia, Ocupación u Oficio, Ingresos Económicos y Número de Hijos: (Cuadros y Gráficas Nos. 2, 3, 5, 6, 7).

El estado civil en el caso presente, difiere de la teoría general extraída de otros países, tal es el estudio de J.S. Madden, que afirma que la mayor incidencia recae en personas viudas, separadas y divorciadas. En la investigación efectuada al interior del Patronato se halló la mayor incidencia en casados con un 64%. El motivo es de carácter económico social, cultural y psicodinámico, explicado de la siguiente manera: económico: reflejo de la grave crisis que desde 1980 vive nuestro país, la cual cada día se enfatiza más; es lo denominado por Kolb como estrés económico, ello también redundando en la procedencia pues es notoria la mínima diferencia, entre la urbana y la rural, apenas 6 puntos porcentuales, prueba irrefutable del efecto de dicha crisis a nivel nacional. Lo social: Es incuestionable que el factor económico repercute en los social, pues las expectativas de mejoría social y aún la

interrelación se frustran, y quienes son las más afectados?, simple: personas con ocupaciones tales como profesionales medios (34%), obreros (28%), y pequeños comerciantes (21%), con ingresos de entre Q.600.00 y Q.1,000.00 (81%), situación aún más agravada por tener que sostener un hogar compuesto por dos mayores (a veces más) y entre 1 y 4 hijos (66%), presupuesto que, de acuerdo con el mínimo vital, en Guatemala, ocasiona un severo déficit. Al final, la frustración en el terreno psicológico, origina angustia, desesperación, que por lo antes dicho es llamado el mal del siglo.

Ingesta previa a la hospitalización, expresada en días: (Cuadro y gráficas No.4).

El cuadro No. 4 empieza por expresar que el 68%, antes de ser internados esta última vez, bebieron entre uno y quince días, periodo denominado en nuestro argot popular como “furia”. El restante 32% estuvo ingiriendo licor entre 16 90 días, en forma más espaciada, pero sostenida. Al respecto existen datos teóricos consistentes y para el medio, que expliquen la duración de la ingesta en días. Sin embargo, y entrando en el aspecto cultural del país, se ha hecho muy popular entre los alcohólicos la bebetoria de entre 1 y 15 días continuos.

Primera ingesta y sus edades: (Cuadro y gráfica No.18).

Merecen especial atención los estudios desarrollados en varios países (Inglaterra, Estados Unidos, principalmente), en los que se ha llegado a establecer que la edad promedio en que se inicia el alcohólico es de 12 a 17 años (Kolb y J.S.Madden), sin embargo, este estudio difiere un tanto de los resultados hallados en la presente investigación, pues el 54% de la muestra empezó a beber entre los 15 y 19 años y sólo un 22% lo hizo entre los 10 y 14 años, en comparación con la muestra, en donde los valores morales y religiosos aún ejercen presión.

Condiciones, condicionales y Satisfactores de la primera ingesta (fase pre-alcohólica):

(Cuadro y gráficas Nos. 9, 10 y 11).

Las condiciones o circunstancias más habituales que rodean la primera ingesta son generalmente a todo lugar del mundo, con excepción de aquellos países en que, por su cultura y religión, como los orientales, la iniciación lleva otro proceso, según lo afirmado por Castilla del Pino. Para nuestro medias las principales condiciones son: La invitación y departir con los amigos (55%); las reuniones de familia (16%) y las reuniones sociales (11%). En lo que respecta a los condicionales o motivos o causas: éstos se enumeran en el paciente internado en el Patronato Antialcohólico como sigue: La clásica invitación de los amigos (51%), en la que el individuo es motivado a “ser Hombre”, situación que también posibilita la comunicación; la sigue el deseo de probar (15%) o sea la imitación de lo que otros hacen, Finalmente, los satisfactores más destacado por los internos fueron: Sentirse alegría y bienestar (efecto desinhibido) un 52% y seguridad en sí mismo (potenciación de la agresividad oculta o evasión, según Castilla del Pino), con un 15%.

Edades, condiciones, condicionantes y no satisfactores del lapso intermedio de la bebetoría: (Cuadros y gráficas Nos. 12, 13 y 14).

Debido a que la enfermedad alcohólica es progresiva, la etapa o lapso intermedio comprende la fase prodrómica y parte de la fase crítica; es el momento en que ya el alcohol causa dependencia física y psíquica en grado medio y los efectos empiezan a ocasionar deterioro. Las edades reportadas en la investigación de la muestra, van de los 20 a los 24 años (35%) y un 45% para las edades entre 25 a 40 años. Condiciones: Como se indicó arriba en lo que respecta a la primera ingesta, acá también se destacan las reuniones con amigos (58%), pero en este lapso ya aparece el primer signo patológico como condición: mitigar soledad (22%), este pesar o pena tiene algún origen y es síntoma

de que los conflictos empiezan aflorar. **Condicionantes:** Los resultados que arrojó la investigación en este sentido, reportan como motivo más fuertes la invitación de amigos con un 63%, pero entendido este motivo ya como “circulo vicioso”. Le sigue en importancia la baja tolerancia a la frustración con 17%, y como se advierte en las condiciones, en el caso de la soledad, ya son indicadores de un trastorno de personalidad que, como lo señala Kolb, son “individuos que tienen rasgos de personalidad inadecuada o de pasivo-agresivo con tendencia al aislamiento”. **No satisfactores:** El estudio ya no encontró satisfactores. Todos expresan no tener ninguna satisfacción en esta etapa de su bebetoria, pues en este lapso sólo se bebe como medio de aliviar algún malestar y la “experiencia de privación de apoyo emocional, precipita periodo de embriaguez o hacen que el individuo vuelva a tomar cuando intenta dejar la bebida” (Mayfield y Montgomery, 1972).

Edades, condiciones y condicionantes de la ingesta actual: (Cuadros y gráficas Nos.15, 16 y 17).

Edades: Los intervalos más destacados son: de 31 a 35 años (21%) y de 36 a 40 años (22%), pero la muestra, al sumar los resultados que contienen la mayor frecuencia y porcentaje, evidencia una edad para la cronicidad que va de los 31 a los 50 años y cubre un 63% en total. Ello encaja perfectamente en lo descrito por Kolb, quien afirma que el grado crónico se asienta en la población en edad más productiva (30 – 55 años).

Condiciones: Como ya se dijo en el lapso intermedio, a estas alturas la ingesta actual es representativa de una parte de la fase crítica y de la crónica total. Las condiciones que rodean la ingesta ya son altamente patológicas, pues el paciente reporta que debe solo, en un 69% y el 31% lo hace con amigos. Esto constituye prueba contundente de lo afirmado por Carlos Castilla del Pino, quien dice que “la realidad sobrepasa el umbral de

resistencia". Ello también concuerda con las causas o condicionantes de esta etapa, pues se registra en un considerable porcentaje (21%) el deseo incontrolado y la intención de olvidar problemas (evasión pura) en un 17%. Castilla del Pino ofrece una visión decepcionante de estas reacciones al indicar que "...no se atiende sólo a razones fisiológicas (o psicológicas hablando del deseo incontrolado) . . . sino al hecho de que ante el alcohólico el resto de la sociedad responde con una pauta uniforme . . . para conducirlo a un final común: su aislamiento . . . y su más acentuada soledad". Para esta etapa ya no existen satisfactores.

Alternativas para dejar de beber: (Cuadro No.18).

Los pacientes internados en el Patronato Antialcohólico, expresan como sus alternativas para dejar la bebetoría, las siguientes: Alcohólicos Anónimos en un 46% y la Psicoterapia en un 26%. Esto lo avala Kolb en su Psiquiatría Clínica Moderna, al identificar como alternativas a los A.A. y la Psicoterapia , en especial la de grupo.

Relaciones Interpersonales, relaciones conyugales, relaciones padre-hijo: (Cuadros y gráficas Nos. 19, 20 y 21).

Relacionando los resultados de la muestra con la teoría, la cual nos dio que los alcohólicos en las etapas crítica y principalmente la crónica, tienen graves problemas de interrelación personal, se alejan de sus amistades, y únicamente se relacionan con círculos de bebedores, así mismo sus relaciones familiares y conyugales están casi o totalmente deterioradas, lo que se confirma con los siguientes resultados arrojando en el estudio: Relaciones interpersonales: 61% las presentan inadecuadas y el 39% adecuadas; Relaciones conyugales: se presentan en un 76% inadecuadas y únicamente el 24% adecuadas, y en lo que se refiere a las relaciones padre-hijo en un 54% se presentan inadecuadas y en un 46% adecuadas.

Proyecto de Vida: (Cuadro y gráfica No. 22).

Según los estudios de Rivera Lima, los alcohólicos que se encuentran en la fase crónica, manifiestan apatía y abandono en lo que se refiere a su vida personal, familiar y social. Lo que coincide que los resultados de la investigación que arrojan que el 72% de los pacientes no existe un proyecto de vida, y si en el 28%, lo que confirma la teoría.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 Del Servicio

El servicio psicológico que se presta en el Patronato Antialcohólico, es una actividad muy satisfactoria en la experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado, brinda la oportunidad de adquirir experiencia como terapeuta, estar en contacto con los problemas de la sociedad y contribuir a su mejoría y en algunos casos la rehabilitación total.

Así mismo se adquirió experiencia en la administración del proyecto.

5.1.2 De Docencia

Esta experiencia brindó la oportunidad de mejorar y retroalimentar los conocimientos, para poder ofrecer la implementación teórica a los estudiantes practicantes de los años de 4to. Y 5to. De Psicología en lo referente al síndrome alcohol-dependencia, técnicas de abordaje y de entrevista, así mismo como de intervenciones psicoterapéuticas, lo que se evidencio en el mejor desempeño del equipo.

5.1.3 De Investigación

En base a los resultados antes analizados, se comprobó que en más del 76% de la muestra de la investigación, manifiestan una desintegración sociocultural, en sus áreas de relaciones interpersonales, conyugales, familiares y laborales.

Se deduce que la mayoría de los pacientes internados en el Patronato Antialcohólico, objeto de la muestra, se encuentran en las etapas Críticas y Crónicas de la enfermedad, con abandono total o parcial de su trabajo, familiar y ámbito social.

Que un alto porcentaje de la muestra (72%) carece de un objetivo real en su existencia, manifestando apatía y abandono en lo que se refiere a su vida personal, familiar y social.

Que la mayoría de los alcohólicos en los estadios tempranos o medios de la enfermedad, tienen aún su hogar y su trabajo, no así los que se encuentran en la fase crónica.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 Del Servicio:

Se recomienda que en el servicio psicológico que se presta en el Patronato Antialcohólico, a los pacientes internados y a los de consulta externa se incluya en el tratamiento psicoterapéutico al cónyuge y a los hijos para obtener mejores resultados.

Que se enfatice en el tratamiento de los pacientes alcohólicos, la terapia de grupo, apoyando de esta forma la terapia individual y familiar.

Así mismo se motive al paciente a encontrar un sentido real y objetivo a su vida, logrando que el paciente elabore su proyecto de vida, mediante el tratamiento psicoterapéutico.

5.2.2 De Docencia:

Que la implementación teórica impartida a los estudiantes practicantes, sea en forma participativa, desarrollando talleres y seminarios, abordando los diferentes temas relacionados con el alcoholismo y su tratamiento.

5.2.3 De Investigación

Que el Departamento de Extensión y Practica de la Escuela de Ciencias Psicológicas aúne esfuerzos con el Patronato Antialcohólico de Guatemala, para la implementación de Programas de Prevención e Investigaciones que tiendan a solucionar el problema del alcoholismo en Guatemala.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. A. World Services, Inc. Alcohólicos Anónimos.
5ta. Edición. Litografía e Imprenta LIL, S.A. Costa Rica, 1939.
2. A. A. World Services, Inc. El Marido Alcohólico: Un Mensaje a las Esposas. New York Conferencia de Servicios Generales de A. A. 1954
3. A. A. World Services, Inc. Esto es A. A. New York Conferencia de Servicios Generales de A. A. 1953.
4. A. A. R. H. C. Conclusiones del V Congreso Nacional de Alcohol Rehabilitados. León, 1976
5. Ankerman, Hauw “Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares; Psicodinamismo de la Vida Familiar”. Traducción de Hobe Griedentahal y Jorge Pereira H. Ediciones Horné, Buenos Aires, Argentina, 1966.
6. Alvarado J.C. Fases de la Enfermedad Alcohólica, Nueva versión de la tabla del Dr. Jellinek Grupo de Alcohólicos Anónimos.
7. Archila Rubén, Psicología del Aprendizaje, México Editores Siglo XXI, decima tercera edición, 1979.
8. Berne, Eric Análisis Transaccional en Psicoterapia, editorial Psique, Buenos Aires Argentina, 1976.
9. Berne, Eric, Lo Juegos en que Participamos, decima primera edición, Editorial Diana, Mexico 1977.
10. Bogani Miguel, Emilio. Alcoholismo. Una enfermedad Social. Plaza & Janes Editores, S.A. Barcelona, España 1976.
11. Boszormensy-Nagi, I Framo J. Terapia Familiar Intensiva. Editorial Trillas, Mexico 1979.
12. Camey O. G. El Alcoholismo en Guatemala, Seminario de Sociología, Facultad de Humanidades, 1968.
13. Castilla del Pino, Carlos. Documento reproducido para Implementación Teórica del texto “Viaja y Nueva Psiquiatría”. Capitulo 7.
14. Carreto, H. Beber para Olvidar. Revista Protesta Ediciones Paulinas II No.98 año 10 Venezuela. 1980.
15. Clark. W. G. y Compañeros. Principios de Farmacología Editorial La Prensa Médica. México. 1974.

16. Cisneros Farias. G. Psicología del Aprendizaje. 2da. Edición. Editorial Paidós. Argentina. 1977.
17. Cohn Pollag. D. El Alcoholismo. Seminario de Sociología Universidad Rafael Landívar. Fac. Humanidades. Departamento de Psicología. Guatemala. 1988.
18. Dorach. F. Diccionario de Psicología. 2da. Edición. Editorial Herber. Barcelona España, 1977.
19. Faskasinzki. T. Trastornos de la Personalidad en hijos de Padres Alcohólicos. Alcohólims, Zagreb, No. 9, 1973.
20. Finch. Stuart. Fundamentos de Psiquiatría Infantil. Editorial Psique. Buenos Aires Argentina, 1976.
21. Fishbein, M. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. H.S. Stuttman Co. Inc. Editores Tomo I. New York, 1967.
22. Haggerd, H.W. Jellinek. E.M. Alcohol Explored, Garden City. New Jersey, 1942.
23. Haley, J. Tratamiento de la Familia. 1ª. Edición. Ediciones Toray, S.A. Barcelona España, 1974.
24. Herrarte de Rodríguez, A. El alcoholismo y la Relación con su Familia. (Tesis de Licenciatura), Universidad Rafael Landivar, 1974.
25. Jackson, D. Comunicación, Familiar y Matrimonio. Ediciones Nueva Visión Contemporánea, Buenos Aires. Argentina, 1977.
26. Jellinek, E.M. The Disease Concept de Alcoholism. New Haven. Hillhouse Press. 1960.
27. Johnson, H. M. Sociología y Psicología Social de la Familia. Traducción de Emma Kastelboim. José Tope y Jorge García B. Buenos Aires, 1967. Editorial Paidós.
28. Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. 5ta. Edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1978.
29. Madden, J. S. Alcoholismo y Farmacodependencia. Editorial El Manual Moderno S. A. México, 1990.
30. Menninger, K. El Hombre Contra si Mismo. Ediciones Península, Barcelona, 1972.
31. Mckinnon, R. A. Michels R. Psiquiatría Clínica Aplicada. 1ª. Edición Nueva Editorial Interamericana. México, 1973.
32. Meza, César. Mimo Dependencia, Depresión, Alcoholismo. Editorial Universitaria. Guatemala, 1967.

33. Nathan, W. Ackerman. F. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1979.
34. O. D. E. C. A. Alcohol y Alcoholismo en Centroamérica. Serie de Informes Técnicos. Departamento de Salud, San Salvador, Tipografía Comercial Santa Ana, 1970-
35. O. M. S. Alcohol y Alcoholismo. Serie de Informes Técnicos. Ginebra No.94, 1955.
36. Patronato Antialcohólico de Guatemala. Estatutos Aprobados Acuerdo Gubernativo del 24 de Julio de 1946.
37. Rivera Lima, Jorge. El Problema Actual del Alcoholismo en Guatemala, 1979.
38. Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de la Investigación Científica. 2ª. Edición, Editorial Limusa, S. A.
39. Velasco Fernández, Rafael. Alcoholismo Una Visión Integral. Editorial Trillas, S. A. de C. V. México, 1979.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	i
SÍNTESIS DESCRIPTIVA.....	ii
CAPÍTULO 1 DESCRIPCIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	1
1.1.1 HISTORIA Y OBJETIVOS	1
1.1.2 Ubicación Física	3
1.1.3 Organización	3
1.1.4 Aportaciones y Limitaciones de la Institución.....	6
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA PSICOLÓGICO PRINCIPAL.....	7
1.2.1 Características del Alcohol y del Alcoholismo.....	7
1.2.2 Incidencia del Alcoholismo.....	14
1.2.3 Efectos del alcoholismo	15
1.3 DESCRIPCIÓN TEORICA DEL PROBLEMA ESPECIFICO	20
1.3.1 Desintegración Sociocultural del Paciente Alcohólico.....	20
1.3.2 ALCOHOLISMO Y VIDA FAMILIAR.....	23
1.3.3 INCIDENCIA EN LOS ASPECTOS FAMILIARES, SOCIALES Y LABORALES EN LAS FASES DEL ALCOHOLISMO	28
1.3.4 PRECIPITANTES SOCIOCULTURALES	31
1.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL ALCOHOLISMO EN GUATEMALA.....	34
1.4.1 DEFUNCIONES POR ALCOHOLISMO COMO CAUSA PRIMARIA	34
1.4.2 MUERTOS Y HERIDOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO OCURRIDOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1988	35
1.4.3 MUERTES POR INTOXICACION ALCOHOLICA DURANTE 1988	35
1.4.4 ESTIMACION EPIDEMIOLÓGICA DE FALLECIMIENTOS POR ALCOHOL COMO CAUSA PRINCIPAL..	35
1.4.5 CUANTIFICACION DE CONDENADOS BAJO EFECTOS DE LICOR.....	36
1.4.6 PORCENTAJES DE RESPONSABILIDAD EN DELITOS COMETIDOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1988	36
1.4.7 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS COMUNES EN EL PAÍS	36
1.4.8 PRODUCCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL PAÍS ESTIMADA EN LITROS.....	37
1.4.9 RECAUDACIÓN EN IMPUESTOS POR CONSUMO DE LICORES AÑOS 1987 Y 1988.....	37
CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO	38
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
2.2 OBJETIVOS	38
2.2.1 Objetivo General	38
2.2.2 Objetivos específicos	39
2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO.....	39
2.3.1 Metodología de Servicio	39
2.3.2 Metodología de Docencia	40
2.3.3 Metodología de Investigación	41
2.3.4 Definición de los Factores Intervinientes.....	42
2.3.5 Técnicas de Investigación.....	45

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	46
3.1 PRESENTACIÓN DE CUADROS QUINCENALES DE SERVICIOS Y DOCENCIA:	46
3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	49
3.3 <i>Perfil Integral de la Investigación:</i>	71
CAPÍTULO IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	72
4.1 RESULTADOS DE SERVICIOS:	72
4.1.1 <i>Logros Alcanzados:</i>	72
4.1.2 <i>Limitaciones y Problemáticas Encontradas:</i>	72
4.2 RESULTADOS DE DOCENCIA:	74
4.2.1 <i>Logros Alcanzados:</i>	74
4.2.2 <i>Limitaciones y Problemática Encontrada:</i>	74
4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN:	75
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1 CONCLUSIONES	81
5.1.1 <i>Del Servicio</i>	81
5.1.2 <i>De Docencia</i>	81
5.1.3 <i>De Investigación</i>	81
5.2 RECOMENDACIONES.....	83
5.2.1 <i>Del Servicio:</i>	83
5.2.2 <i>De Docencia:</i>	83
5.2.3 <i>De Investigación</i>	83
Bibliografía.....	84