

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE  
FACTORES PSICODINAMICOS DE REINCIDENCIA Y ALCOHOLISMO  
UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO  
ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, AÑO 1991"

PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR

IRMA YOLANDA BONILLA OREGEL DE MENDEZ  
PREVIO OPTAR EL TITULO DE  
PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

GUATEMALA, 8 DE JULIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC  
DEPOSITO LEGAL  
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-8, M-2"  
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 740790-94 Y 740988-84  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

DL  
13  
†(707)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes  
DIRECTOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo  
REPRESENTANTE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "M.S. M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico  
Depto. E.P.S.  
archivo

REG. 212-91, 1299-91

CODIPs. 225-94

DE IMPRESION INFORME FINAL EJERCICIO  
PROFESIONAL SUPERVISADO EPS.

19 de julio de 1994

Señora Estudiante  
Irma Yolanda Bonilla de Méndez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta DIECINUEVE NOVENTA Y CUATRO (19-94) de Consejo Directivo, de fecha 08 de julio del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, COMO UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 1991.", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

IRMA YOLANDA BONILLA OREGEL de MENDEZ

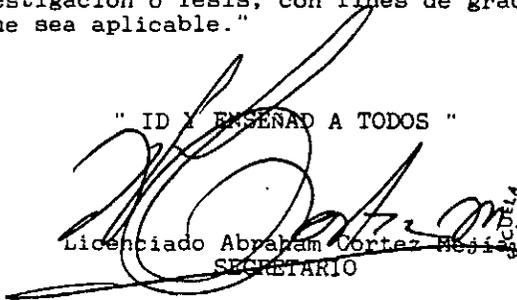
CARNET No.85-11045

El presente trabajo fue asesorado y supervisado por el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos.

Después de conocido el expediente, Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO



/Lillian



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EDIFICIOS "M-8, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 18  
TELÉFONOS: 740790-94 Y 740988-86  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

217-91

Universidad de San Carlos  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
RECIBIDO  
25 ABR. 1994  
HORA

20 de abril de 1994

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Respetables Miembros

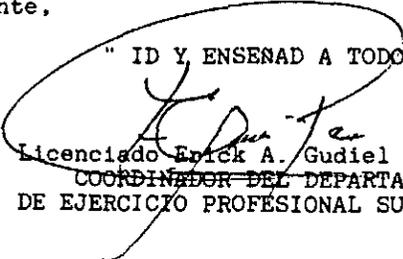
Hago de su conocimiento que conforme lo acordado en el Punto Vigésimo quinto (25o.) del Acta Trece noventa y uno (13-91) de Consejo Directivo de fecha veintidós de abril de 1991; el Licenciado Luis Alberto Vallejo Ruiz, concluyó y emite su dictamen de aprobación como Asesor-Supervisor de E.P.S. titulado: "INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, COMO UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 1991.", correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología.

Asimismo, se informa que el Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos, procedió a la Supervisión y Revisión del trabajo en mención, habiendo también emitido la aprobación respectiva del trabajo ejecutado por la estudiante: Irma Yolanda Bonilla de Méndez, carnet No.85-11045.

Por lo anteriormente expuesto, solicito se continúe con los trámites respectivos, de orden de impresión con fines de graduación profesional.

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes  
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO  
DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

/Lol

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
COORDINACION  
USAC.

013



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 18  
TELÉFONOS: 760720-94 Y 760783-86  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Abril 15 de 1,994

Señor Coordinador  
Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes  
Departamento de E.P.S.  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

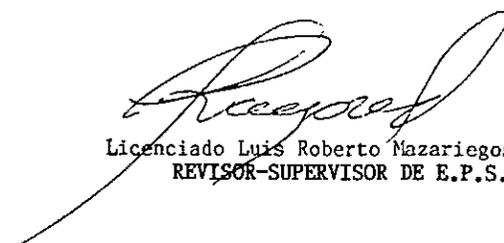
Señor Coordinador:

Me permito informar a usted que concluí con la supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado realizado por la estudiante IRMA YOLANDA BORTILLA DE MENDEZ, carnet universitario No. 85-11045, así como con la REVISIÓN del trabajo "INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, COMO UNA EXPERIENCIA SUPERVISADA EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 1,991".

Considero que el trabajo en mención llena los requisitos de forma y contenido exigidos para su presentación, por lo que brindo mi APROBACION al mismo.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Luis Roberto Mazariegos Ríos  
REVISOR-SUPERVISOR DE E.P.S.

LRMR/nldo



**ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

EDIFICIOS: "M S.M.S."  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONO: 760700-04 Y 760800-05.  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.  
DEDIPs.  
Asesor  
Archivo

REG. 1299-91

CODIPs. 511-91

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

Junio 10 de 1991

Estudiante  
Irma Yolanda Bonilla de Méndez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

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

"VIGESIMO QUINTO: 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:

IRMA YOLANDA BONILLA DE MENDEZ

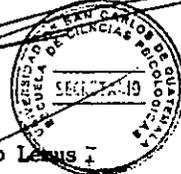
CARNET No. 85-11045

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



ACTO QUE DEDICO

A DIOS

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

ROBERTO BONILLA MARROQUIN

A MI MADRE:

MIRTALA OREGEL

A MI ESPOSO:

ING. VICTOR HUGO MENDEZ E.

A MIS HIJOS:

VICTOR HUGO, PAULA MARIA,  
ERROL AYDIN Y DINORA MISHEL

A MIS HERMANOS;

LUIS, MARICELA, MARILU,  
NOHEMI, NORMA, RIGOBERTO Y  
TELMA.

A MI FAMILIA EN GENERAL

A FAMILIA MENDEZ ESTRADA

A MIS COMPANEROS Y AMIGOS

AL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

## INTRODUCCION

La Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ha creado un programa de enfoque social que trabaja en gran parte para solucionar aspectos psicológicos de la problemática nacional, denominado Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), por medio del cual se brinda al futuro profesional la oportunidad de establecer contacto con nuestra realidad, de manera que a través de éste, puede aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica. En este caso en particular, el problema del alcoholismo considerado como un flagelo de nuestra sociedad.

El alcoholismo está inducido socialmente desde la infancia, por las costumbres familiares, por los factores psicodinámicos de la personalidad y es divulgado masivamente su uso por los medios de comunicación social, la televisión y la radio, alienando la mente del consumidor, en forma obsesiva.

El alcoholismo se manifiesta por un estado físico y Psíquico en el individuo que se caracteriza por una compulsión a ingerir la sustancia estimulante para sentir su efecto, para evadir situaciones conflictivas y para evitar la abstinencia, dándose la formación alcohol-dependencia. Además de estos desordenes físicos y psicológicos, originan otros trastornos en la vida social y laboral, tanto económica como familiar.

## SINTESIS DESCRIPTIVA

El presente informe del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) realizado en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, aporta información sobre, la Institución, Servicio que brinda, Docencia e Investigación.

En cuanto a la presentación de Servicio con relación al problema del alcoholismo existente en la población Guatemalteca, incluyendo conceptos generales que describen el síndrome alcohol-dependencia, su incidencia y prevalencia, así como los efectos a nivel físico, socio-cultural y psicológico.

Se tiene información estadística acerca del consumo de licor, su producción y la epidemiología del alcoholismo como una enfermedad en el ámbito social. Asimismo de tal manera se plantea el problema objeto de estudio: Factores Psicodinámicos de Reincidencia en los Pacientes Internados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala: Objetivos generales y específicos del Ejercicio Profesional Supervisado, metodología general para el desarrollo del mismo, informando posteriormente los pasos a seguir de Servicio, Docencia e Investigación; apoyados éstos con su respectivo marco teórico e instrumentos de trabajo, que permitió un perfil integral del paciente alcohólico internado.

En el Servicio se atendieron pacientes internos y externos, a los cuales se les brindó psicoterapia, se realizarón conferencias sobre alcohol-dependencia en distintos Centros Educativos y los solicitados.

## CAPITULO I: ANTECEDENTES

### 1.1. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

#### 1.1.1. Historia y Obietivos:

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, logró que el Gobierno del entonces Presidente Doctor Juan José Arévalo Bermejo, emitiera el correspondiente Acuerdo Gubernativo de creación, fechado 24 de junio 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 aportantes; en 1968 los Estatutos de la Institución fueron revisados y modificados por Acuerdo Gubernativo y en 1986, por problemas en su interior, el Gobierno la intervino nombrando una primera Comisión Interventora.

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

- a) 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.
- b) Gestionar la emisión de leyes, reglamentos y demás disposiciones de observancia general, que tiendan a

público, como de las autoridades acerca de dicho problema y sus varios aspectos. (1)

1.1.2. Ubicación Física:

El Patronato Antialcohólico de Guatemala, Patronato para la Lucha Contra el Alcoholismo, conocido también como Liga Antialcohólica, se encuentra ubicado en Avenida 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 y Dirección.

1.1.3.1 Departamento de Contabilidad y Caja:

Está integrado por: 1 contador general, 1 cajero, 1 secretaria administrativa, quien desempeña todas las funciones secretariales y servicio de planta telefónica.

1.1.3.2. Asistencia Administrativa:

Encargada del control de mantenimiento y auxilio a las demás áreas integradas por: 10 camareras, 2 asistentes de servicio, 2 porteros, 1 jardinero y 1 asistente administrativo.

---

(1) Datos extraídos de los Estatutos del Patronato Antialcohólico de Guatemala, aprobados en Acuerdo Gubernativo del 24 de junio de 1946.

#### 1.1.3.3. Departamento Médico:

Integrado por 3 médicos, 1 de ellos en función de Médico Director, distribuidos en turnos: 2 de servicio diurno y 1 nocturno. Evalúa y diagnostica el estado físico de los pacientes a su ingreso, ordenando el tratamiento de desintoxicación que amerite y colaterales, manteniendo observancia diaria de la evolución del paciente. El tratamiento médico consiste en desintoxicación y restitución de vitaminas perdidas, así como estabilización de los estados nervioso y nutricional.

El personal Paramédico está compuesto por 10 auxiliares de enfermería, encargados de la atención directa de los internos, alternándose según rol diurno y nocturno. Este personal acata las directrices del Departamento Médico, suministrando medicamentos y otras atenciones, tales como obtención de muestras para laboratorio, evaluación de signos y síntomas, así como prestación de atenciones de urgencia.

#### 1.1.3.4. Departamento de Psicología:

Encargado de evaluar psicológicamente al paciente y del tratamiento psicoterapéutico. Está compuesto por: Un Supervisor-Coordenador (Psicólogo graduado), 5 Epesistas a cargo del servicio, distribuidos durante los 7 días de la semana. 12 Estudiantes practicantes de los grados 4o. y 5o. que desarrollan su práctica dentro de los lineamientos de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos. La actividad del Departamento de Psicología está comprendida en el esquema de los postulados de: Servicio, Docencia e

### Investigación.

Las labores que ejecuta este Departamento se describen así:

- a) Con base en 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 Epesista, encargado del servicio del día, para que asigne pacientes a los Practicantes y a sí mismo.
- b) Breve evaluación-entrevista de los pacientes recién ingresados, ofreciéndoles el servicio del Departamento asignándoles al terapeuta que a juicio del Epesista deba atenderlos. Se utiliza una boleta de cita y se le da al paciente; ésta contiene fecha, hora de la cita y el nombre del terapeuta.
- c) 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.
- d) El terapeuta redacta los primeros contenidos de la ficha clínica psicológica, consignando los más relevantes que aparecen en la ficha médica, anotando el examen mental y una impresión clínica inicial.

- e) El terapeuta redacta la primera hoja de evolución sobre el caso, que irá anexa a la ficha médica, evolución que es la constancia de que el paciente fue atendido por el Departamento de Psicología. Aparte se elaborará otra para el expediente del Departamento.
- f) Se ingresa el nuevo expediente o ficha psicológica en el archivo, numerándolo y registrándolo en el libro correspondiente; éste servirá para llevar la estadística necesaria y para referencia a la consulta externa.
- g) Servicio de atención a pacientes de consulta externa, para lo cual cada terapeuta lleva el registro de las evoluciones dentro del Plan Terapéutico elaborado.
- h) Atención primaria o de prevención. Se imparten charlas y conferencias a empresas particulares, entidades sociales y de servicio, centros educativos particulares y del Estado, así como a personal de hospitales y grupos de alcohólicos que solicitan los servicios. Ello a pesar de las limitaciones económicas del Patronato que impiden cumplir en su totalidad los contenidos de sus objetivos.

#### 1.1.3.5. Consejeros Antialcohólicos:

Coordinan su labor terapéutica con el Grupo Institucional Anónimo "Alfa y Omega" y forman parte del personal de planta del Patronato. Estas dos personas están versadas en la filosofía de Alcohólicos Anónimos.

#### 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 y, en lo que respecta al campo de la prevención (o atención primaria), se ha desarrollado una actividad consistente.

De los logros alcanzados por la Entidad se expone una breve síntesis a continuación: En el año 1990 se brindó atención hospitalaria a 1521 pacientes, de los cuales 1451 fueron hombres y 70 mujeres; de ese 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 1991 la atención abarcó un total de 1336 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 1990 a 91, se ofrecieron 28 charlas a centros educativos de nivel primario y secundario (tanto nacionales como privados) y 32 charlas y conferencias a Instituciones públicas y privadas.

El Patronato hasta el momento no ha podido cumplir totalmente con sus objetivos, especialmente en lo relacionado

con la prevención, debido a limitación económica, de recursos humanos y material de apoyo. Se hace necesario indicar que la ayuda económica gubernamental es exigua.

Los síndromes psicopatológicos más comunes detectados durante los años 1990-91 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. DESCRIPCION DEL PROBLEMA PRINCIPAL

### 1.2.1. Características del Alcohol y del Alcoholismo:

De acuerdo con investigación etimológica, 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, éste 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 o destilación. Es reconocido 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 reza: "Estado psíquico y a veces físico, caracterizado por compulsión a ingerir o recurrir a una sustancia química, en forma continua o periódica, para sentir sus efectos y, en ocasiones, para evitar el malestar de su abstinencia. Puede o no haber tolerancia y se puede desarrollar dependencia a más de una sustancia." (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 en 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 Neuroadaptación (3) (término adoptado por la OMS, para describir los cambios adaptativos neuronales, así como la tolerancia física, tomando en consideración que ambas son paralelas). En ese

---

(2) CLARK, W.G. Y Cols. "Principios de Psicofarmacología". Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1974. Pp.550-564.

(3) MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. Pp. 2 y 3.

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 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 del fármaco, obviando otras conductas y motivaciones; el síndrome puede reaparecer luego de un periodo sin ingerir la droga (abstinencia). Estos conceptos son válidos para la ingesta del alcohol, pues éste causa dependencia y cambios a nivel del cuerpo, de la mente y de la conducta, percibidos como una pérdida de control en cuanto a su consumo. (4)

Ahora bien, si se toma en consideración lo aseverado por la OMS y se relaciona con el alcohol y el síndrome resultante, se puede definir lo que es 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

(4) (5) MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México 1990 Pp. 240 - 265.

ingestión de grandes cantidades de la droga durante un largo período; clínicamente se puede reconocer porque el paciente muestra una urgente necesidad de ingerir alcohol, inhabilidad de controlar la ingesta, después de beberlo aún en cantidades mínimas e ingerirlo más frecuentemente de lo planeado. Se reconoce también por la necesidad de la "copa matutina", tomándolo 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:

- a) Puede identificarse un conjunto de síntomas y signos relacionados con el alcoholismo o "adicción al alcohol", se subclasifica en tipos que reflejan la influencia de factores secundarios.
- b) Síndrome multifactorial y existe en diferentes grados.
- c) Por la misma razón, los efectos que el consumo excesivo de alcohol produce en cualquier individuo, son susceptibles de un análisis multifactorial, sea o no un verdadero farmacodependiente.
- d) El síndrome se caracteriza por el hecho de que el sujeto afectado manifiesta alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones.
- e) 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 hay 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 moldeadas por factores del pasado; las causas que se señalan no son mutuamente excluyentes. (6)

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

- 1.- Beber en exceso para lograr efecto de la droga: El alcohol es una droga capaz de mitigar a corto plazo una amplia variedad de sentimientos desagradables como: ansiedad, depresión, conflictos existenciales, necesidad de reafirmación de sentimientos de valía personal,

---

(6) VELASCO FERNANDEZ, RAFAEL. "Alcoholismo, una visión integral". Edit. Trillas S.A. de C.V., México 1988, Pp. 126 - 180.

masculinidad o poder.

- 2.- Consumo excesivo de alcohol 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).
- 3.- Consumo excesivo debido principalmente a influencias socioculturales: No se refiere a las situaciones culturales productoras de ansiedad, sino a los factores socioculturales, económicos y ambientales que favorecen el exceso en el beber o que ponen al individuo en contacto inmediato con la bebida (cultura del alcohol por costumbres; cambios de una comunidad restrictora hacia otra más permisiva, accesibilidad por precio y libertad de compra, etc.)
- 4.- 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 individuo 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: retrasados mentales o con daño cerebral orgánico).
- 5.- 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 hace necesario el agregado de otros factores que estimulen o inhiban la ingesta en el individuo. Una de las circunstancias en la cual la herencia sea un factor predisponente no apunta hacia la inclinación a la bebida propiamente dicha, sino que estos factores predisponen al sujeto hacia la depresión o a la ansiedad.

- 6.- Beber excesivamente como resultado de un proceso cíclico o 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 Organización Mundial de la Salud (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 muestran signos preliminares de dichos desarrollos". (7)

---

(7) MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México 1990, Pp. 240-265.

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 serias. (8) El incumplimiento a las promesas o 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 el alcoholismo es una enfermedad y cómo afecta al individuo (enfermo alcohólico), conviene orientarse 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 Organización Mundial de la Salud (9), se planteó en 1982 que el desarrollo del síndrome alcohólico se divide en cuatro fases, a saber:

- 1.- Fase Pre-Alcohólica: Conformada por los primeros contactos con la droga, para causar alivio a tensiones y evadir la realidad. La ingesta progresiva origina cambios en el metabolismo del sujeto y aumenta su capacidad de

---

(8) (9) MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia".  
Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México 1990.  
Pp. 240 - 265.

ingesta o tolerancia. En esta fase el alcohólico aún controla su bebetoria y no tiene problemas.

2.- 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 preocupación por ello, aunque no disminuye su forma de beber. Luego de su bebetoria, reina en el sujeto una sensación de culpa por la ingesta; se molesta porque lo identifiquen con el alcohol y él, en su discurso, evita mencionarlo.

3.- Fase Crítica: La enfermedad progresa hasta hacer caer al enfermo en un proceso de deterioro. Esta fase se define como en la que hay 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 períodos forzados de abstinencia para demostrar a los demás que no ha perdido la voluntad. Empieza a buscar pretextos y cambios 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 autoconmiserarse. Empieza a esconder las botellas y se

enfatisa la anorexia, la que contribuye al origen de los padecimientos gástricos que dan como consecuencia la desnutrición. Baja la libido, ocurre la primera intoxicación fuerte y se manifiesta la celotipia; aparece la necesidad de la "copa matutina".

- 4.- Fase Crónica: Se inicia con la "copa matutina", los periodos de 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 desmejoran 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

existen 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 entretenciones sanas. En Guatemala, en la mayoría de detenciones 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 por ingestión excesiva. (10)

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.

En lo que corresponde a la incidencia por sexo, el alcoholismo en Guatemala afecta más a hombres que a mujeres en una proporción de 10-1, y está subiendo; afecta a hombres en edad de 15-65 años y a mujeres de 25-50 años, promedio.

### 1.2.3. Efectos del Alcoholismo:

Muchos de los efectos adversos del consumo crónico del alcohol se deben no a la droga en sí sino a su metabolito: El acetaldehído (Korsten y Cols. 1975). Sufren daño por causa de éste, el cerebro y el músculo cardíaco. Además, al acetaldehído se le ha implicado como factor de la dependencia

---

(10) Estadísticas del Patronato Antialcohólico de Guatemala. ESTEINER, CLAUDE. "Alcoholismo, una aplicación práctica del Análisis Transaccional". Edit. V Siglos, México 1978.

al alcohol etílico. (11)

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 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 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 diplopia.

De igual manera, exagera el instinto sexual en la corteza cerebral, pero inhibe la conducción del estímulo por

---

(11) MADDEN, J. S. "Alcoholismo y Farmacodependencia", Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., Mexico 1990.

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 cerebelosa alcohólica, síndrome de Marchiafava-Bignami (atrofia del cuerpo caloso y del pedúnculo cerebeloso 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 (lipogénesis hepática). Puede afectar al páncreas y originar una pancreatitis; también afecta al píloro y al cólon.

En cuanto al sistema circulatorio, acá puede desarrollarse anemia por el consumo crónico de alcohol, encontrándose en algunos casos leucopenia y disminución de 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 explican 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 músculos y riñones. El alcohol se dirige por el aparato digestivo a la sangre y de ahí al cerebro y otros tejidos. Entre más alta es la concentración, 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 rápidamente se absorbe y aumentan las concentraciones en la sangre.

De lo anteriormente descrito, se desprenden las características 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 caracterizan a la dependencia física; ambas se desarrollan simultáneamente, aunque los síntomas de la 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 la 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.

Como colofón a todo lo descrito, cuando el alcohol en el organismo empieza a degradarse, aparecen síntomas denominados del Síndrome de Abstinencia, tales como temblor grueso en las manos, lengua y párpados; náuseas y vómitos (por deshidratación), debilidad, hiperactividad autonómica, depresión o irritabilidad e hipotensión ortostática. Durante la primera semana posterior a la supresión del fármaco, aparecerán trastornos conocidos como psicosis alcohólicas, identificadas como: alucinosis 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 sólo causa efectos físicos, también provoca trastornos a nivel del medio sociocultural del

bebedor, así como a nivel psicológico o 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 se expresa al ver embriagados a nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo, escuela o universidad y tomar 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 la influencia de los medios de comunicación que fomentan la adicción. Se vive en una cultura del vino que lo permite y lo 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 presenta en los obreros, quienes beben por falta de distracción 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 verlo desde el punto de vista económico general y su incidencia a nivel individual y social. En el nivel económico son

numerosas las quejas de 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 afectivas, 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 habla 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 Castilla del Pino, el sujeto bebe en busca de 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 sí lo 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 multivectoriales.

Otro efecto psicológico del alcohol es la desinhibición que permite la comunicación con otros alcohólicos o con quienes se la toleran; además el 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 concienciación son mayores. De ello derivará una depreciación moral, psicológica y social que conducirá a la destrucción del individuo.

#### 1.2.4 Situación Actual del Alcoholismo en Guatemala

Conforme estadística recabadas a nivel nacional del patronato antialcoholico durante 1.988, se establece los siguiente:

TABLA "A"  
DEFUNCIONES POR ALCOHOLISMO COMO CAUSA PRIMARIA

ANO	No. DEFUNCIONES
1.986	786
1.987	814
1.988	1765

Fuente: Estadística del Patronato Antialcoholico 1.988

TABLA "B"  
MUERTOS Y HERIDOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO OCURRIDOS  
BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1.988

Accidentes de transito	565
Muertos	23
Heridos	493
Accidentes con cauda de atropellados	440
Muertos	69
Heridos	371
Total de Muertos	85
Total de Heridos	864

Fuente: Estadística de la Policía Nacional 1.988.

TABLA "C"

## MUERTES POR INTOXICACION ALCOHOLICA DURANTE 1988

Capital	225
Departamentos	227
Total	453

Fuente: Policía Nacional 1988.

TABLA "D"

ESTIMACION EPIDEMIOLOGICA DE FALLECIMIENTOS POR ALCOHOL  
COMO CAUSA PRINCIPAL

(Contraste con muertes por otras causa)

Muertes por alcohol	2581	anual
	215	* mes
	7	* día
Muertes por otras causa	7743	anual
	645	* mes
	24	* día

Fuente: Ministerio Salud Pública y Patronato  
Antialcohólico 1988.

TABLA "E"

## CUANTIFICACION DE DELITOS COMETIDOS BAJO EFECTOS DE LICOR

Año	No. de Condenados
1986	70
1987	51
1988	50

Fuente: Policía Nacional 1988.

TABLA "F"  
 PORCENTAJE DE RESPONSABILIDAD EN DELITOS COMETIDOS BAJO  
 EFECTOS DE ALCOHOL DURANTE 1988.

Clase de Delito	%
Homicidio	20
Accidente de Transito	24
Portacion ilegal de armas	16
Hurtos	12
Robo	6
Asesinatos	4
Violaciones	2

Fuente: Departamento de Estadística del Organismo Judicial  
 1,988

TABLA "G"  
 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS COMUNES EN EL PAIS

Trastornos	%	Total
Trastornos Psicoticos	0.5%	24.307
Epilepsia	2.0%	178.706
Depresión	4.0%	194.458
Alcoholismo	10.0%	237.592
Poblacion total estimada hasta 1.988		8.935.285
Poblacion mayor de 15 años hasta 1.988		4.861.288
Poblacion varones		2.375.924
Poblacion mujeres		2.485.542

Fuente: Ministerio de Salud Publica 1.988

TABLA "H"

PRODUCCION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EL PAIS  
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: Direc. Gral. de Estadística 1,988

TABLA "I"

RECAUDACION EN IMPUESTOS POR CONSUMO DE LICORES  
AÑO 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
Champagnes	125.000	114.000
Totales:	56.272.000	56.726.000

Fuente: Departamento de Estadística de Contabilidad del  
Estado, Ministerio de Finanzasa 1988.

Dentro de las acciones propias del Ejercicio Profesional Supervisado debe realizarse una Investigación dentro de las 3 funciones ordinarias del mismo.

La sustentante luego de evaluar exhaustivamente la problemática antecedente, se decidió conjuntamente con los asesores el abordamiento del tema:

### 1.3 DESCRIPCIÓN TEÓRICA DEL PROBLEMA A INVESTIGAR;

"Factores Psicodinámicos de Reincidencia en los Pacientes Internados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, durante 1,991"

#### 1.3.1 Factores Psicodinámicos:

El alcoholismo es multicausal, lo que significa que debe ser comprendido desde varias esferas y ángulos. El estudio sobre este campo, siendo significativo, es común tomar uno a lo sumo, de los factores que conforman el problema total y tratar de profundizar en él o en ellos, tanto como sea posible. Los factores son las fuerzas o condiciones para producir una situación o resultado determinados.(1) Asimismo, la psicodinámica se refiere a las fuerzas que actúan directamente sobre el ser humano y como consecuencia en la organización de la personalidad.(2)

La Psicodinamia proporciona la actividad y energía para

(1) Diccionario de Psicología, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1,984.

(2) Arana Quan, Héctor y Argentina Zelada "Análisis de las Causas Psicosexuales por las que el Estudiante de Psicología de la Universidad de San Carlos, selecciona esta carrera" Tesis, 1,991

que la personalidad se desarrolle. También se puede considerar como el punto de vista que incluye los fenómenos psíquicos como resultantes del conflicto y de la composición de fuerzas, de origen pulsional. Esta noción se encuentra ligada a la vez por la definición del inconsciente (represión), a la concepción en conjunto de la vida psíquica y la naturaleza de los mecanismos que están en juego.

El presente estudio está dirigido a investigar los factores psicodinámicos del alcoholismo, en el cual como se observa en la definición del mismo, necesita considerar en su base la personalidad peculiar del sujeto que bebe inmoderadamente, para luego interpretar y explicar los procesos abreactivos que tienen lugar durante su reincidencia.

El término personalidad es utilizado de muchas formas, puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona; una determinada personalidad tendrá rasgos centrales que definen mejor su comportamiento en un momento dado y rasgos periféricos, o sea aquellos que sólo en ocasiones son manifestados. El conjunto que conforma la personalidad, actúa como un sistema homeostático, que en todo momento y lugar efectuará regulaciones a fin de satisfacerse con respecto a su medio.

Se comprende en este sentido que debido a la gama de fuerzas que actúan sobre la personalidad, este equilibrio sea delicado. Como tal, estará el sujeto o habrá alta

sea delicado. Como tal, estará el sujeto o habrá alta probabilidad de que este sistema se desequilibre.

El enfoque psicodinámico de la personalidad sostiene que en el alcoholismo ha habido una descompensación de fuerzas de manera que en muchas ocasiones, el individuo no es responsable de sus recaídas alcohólicas, sino más bien que es manejado por un conjunto de fuerzas que ya no controla, y que éstas lo controlan a él. De esta forma, la bebida se convierte en una especie de regulador homeostático del sistema, que es su personalidad, pero sucede que esta regulación del sistema se hace a costa del deterioro progresivo del sujeto y su personalidad. Esto es posible debido a que el alcohol es un depresor del sistema nervioso y, mientras que dure su efecto, reduce considerablemente la ansiedad provocada por las pulsiones no aceptadas por el sujeto.

Se dice que dentro del enfoque psicodinámico toda conducta tiene un sentido, y está relacionado por causalidad con otras conductas, en apariencia menos importantes. Esto significa que dentro del marco referencial de vivencias del sujeto alcohólico, su conducta está relacionada con un conjunto de fuerzas intrapersonales con causas que desembocan en el desarrollo temprano del sujeto, es por ello que para este factor psicodinámico, es imprescindible, partir de la personalidad del individuo.

Para la comprensión del problema alcohólico existen

diferentes factores que ayudan en su estudio, entre los cuales están los siguientes:

**-Factores Biológicos:** Se refiere a los cambios fisiológicos que el bebedor experimenta a lo largo de su recorrido alcohólico; así como el deterioro orgánico de que es víctima el individuo (úlceras, alteraciones en la presión sanguínea, lesión cerebral, lagunas mentales).

**-Factores de Aprendizaje:** Están relacionados con la capacidad que tiene el individuo para aprender conductas que gozan de una amplia aceptación social, debido a que las bebidas embriagantes están presentes en todas las sociedades del mundo.

**-Factores Cognoscitivos:** Se refiere a la tendencia conductual del bebedor, de expresar los efectos que con anterioridad han presentado, esperando que "ese efecto" modifique su conducta, de la forma que él espera.

#### 1.3.2. Modelos Clínicos Descriptivos:

Existen diferentes teorías que tratan de explicar el síndrome del alcoholismo. A continuación se describen las más importantes:

**-Teoría Médica:** Esta teoría dice que la adicción al alcohol es sólo un síntoma, que es la expresión de algún trastorno más profundo del organismo, de orden genético, endocrinológico, cerebral o neuroquímico. De acuerdo con esto el alcoholismo da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten

predecir la conducta del alcohólico y que tiene, al igual que cualquier otra enfermedad, una patología, una historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, lo que permite planear estrategias para prevenirlo.(3)

-Teoría Sociocultural: Según esta teoría, el alcoholismo es una consecuencia del medio ambiente en el que se mueve el sujeto, independientemente de sus predisposiciones psicológicas hacia la bebida. Al respecto se anotan cuatro aspectos de causalidad: social, familiar, la organización social, disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otros aspectos socioculturales. Dichas causas generan direcciones articulares del pensamiento, con sus respectivas hipótesis explicativas en relación al hecho alcohólico.(4)

-Teoría Psicológica: Esta teoría explica que el alcoholismo es visto como la expresión sintomática de una manera incontrolada de beber y no una enfermedad.

Dicho síntoma central, señala la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso en el desarrollo de la personalidad y el resultado de una conducta aprendida mediante refuerzos condicionados, debido a los efectos gratificantes del alcohol, por ejemplo, desde el

---

(3) Elizondo, J.A. Documento para Docencia Escuela de Ciencias Psicológicas. Con base en el texto "La Influencia de los Factores Psicológicos en el abuso del Alcoholismo México 1,993

(4) Iden

punto de vista de las teorías de la personalidad se acepta que los alcohólicos poseen un tipo específico de personalidad, caracterizado por: labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de explicar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales.(5)

### 1.3.3 Modelos Psicopatológicos:

Dentro del modelo psicológico encontramos las Teorías Psicopatológicas que son las siguientes:

a.- Teoría de los Bebedores Neuróticos: Esta se basa en el principio de que los bebedores presentan con antelación el hecho de su adicción, una estructura neurótica del carácter. Entre los rasgos encontramos: Incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos válidos, deseo de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad.(6)

b.- Teoría de la Homosexualidad Latente: Esta sostiene que la mayor parte de los alcohólicos tienen una homosexualidad latente y que la función del alcohol sería en este caso, inhibir las censuras y crear la ilusión de una sexualidad potente en el transcurso de la borrachera colectiva.

Estas teorías explican la presencia de delirios celotípicos

(5) Elizondo, J.A. Documento para docencia Escuela de Ciencias Psicológicas. Con base en el texto "La Influencia de los Factores Psicológicos en el abuso del Alcoholismo", México, 1,993

(6) BOGANI MIGUEL, Emilio "El Alcoholismo Enfermedad social" Edit. Plaza y Janes Editores S.A. Barcelona 1976

en los alcohólicos.(7)

c.- Teoría de la Dependencia Excesiva: Sostiene que una dependencia excesiva del hijo para con la madre demasiado indulgente, es causa de un narcisismo, al llegar a la edad adulta, que lastraría para asumir sus responsabilidades sociales.(8)

d.- La Teoría de los Factores Psicodinámicos: Es importante considerar los valores simbólicos que el alcohol tiene para los individuos de una cultura y las características inconscientes de estos valores. No existen fórmulas psicodinámicas fijas, como no hay una responsabilidad típica, cuyos impulsos inconscientes expliquen la predisposición a desarrollar una farmacodependencia.(9)

1.3.4 Las Interpretaciones Psicodinámicas: Las que más frecuentemente se pueden reconocer son las siguientes:

- La ingestión excesiva de alcohol puede ser indicador de que el individuo intenta identificarse con el padre alcohólico u otra figura importante en su infancia. En ocasiones, el paciente presiona inconscientemente a otras personas para que jueguen el papel que otras personas representaron frente a su padre, ejemplo: forzar a su esposa a comportarse de la misma forma en que su madre lo hacía ante el padre permanentemente alcoholizado: no necesariamente el padre tuvo que ser un bebedor excesivo, lo

(7) (8) (9) BOGANI MIGUEL, EMILIO " El alcoholismo Enfermedad social" Edit. Plaza y Janes Editores S. A.  
Barcelona 1976

importante es la experiencia traumática de un niño que crece en el seno de una familia en la que el alcohol desempeña un cierto papel, dentro del marco de conflictos emocionales no resueltos.

- El bebedor puede buscar su autodestrucción por considerarse merecedor de una pena o castigo a su padre en su propia persona con su conducta, puede buscar el sufrimiento de quienes causaron el alcoholismo de su idealizada figura paterna, sólo que quien cumple la sentencia es su esposa (madre) y quien la ejecuta es él mismo (hijo, padre). Otro juego por identificación sería en virtud de que el padre era poderoso (él cree que lo era), sólo cuando bebía, y el paciente bebe para adquirir poder (creer que lo adquiere). También puede suceder lo contrario, es decir que el paciente desee inconscientemente permanecer como un niño, dependiente e indefenso, al que se le reprende y perdona.

- Algunas veces la alcoholización repetida se utiliza como una droga, tiene el valor de su efecto farmacológico y simboliza el alimento materno, el cuidado recibido en la infancia o la madre que produjo calor y afecto incondicional.

Estos son ejemplos de algunas interpretaciones psicodinámicas, ya que en cada historia personal suele haber un proceso complejo y comprender las motivaciones inconscientes que los seres humanos tienen, para actuar de

una manera determinada, no teniendo límite.

La autopreservación, el cuidado de sí mismo, que se considera una función importante del ego, está debilitada en muchos farmacodependientes; esta situación dio origen a ciertas formas de psicoterapia.

### 1.3.5. Enfoque Integral Psicodinámico del Alcoholismo

Cuando se intenta definir la Psicodinamia, entendida como el análisis psicológico de los dinamismos internos y externos del conflicto psíquico, nos encontramos con que estos conflictos giran alrededor de lo que constituye, según la corriente, "los temas centrales de la vida" y que son en su orden:

1. El tema del narcisismo y la respuesta frente a la herida narcisista.
2. El tema del duelo con los sentimientos de culpa aflicción acompañantes.
3. El tema por alcanzar la madurez y la independencia.

Como puede advertirse, el aspecto doctrinario de la postura psicodinámica deriva directamente del psicoanálisis, sobre todo en lo que respecta a tres posturas básicas: El valor del inconsciente como factor dinamizador de la conducta; la transferencia y la resistencia como aspectos que determinan en el síntoma y dificultan el acceso del conflicto al plano de la conciencia y, finalmente, la sexualidad y su evolución como condición humana que

favorece la posibilidad del conflicto, expresado en dificultades en las relaciones interpersonales; en términos simples se afirmaría que el enfoque psicodinámico consiste en el análisis de los conflictos en el desarrollo infantil con énfasis en las heridas narcisistas tempranas que, manteniéndose conscientes por la acción de los mecanismos de defensa, se expresan sintomáticamente en conductas inadecuadas o desadaptativas.

Según lo que dice la teoría, se afirma que es válida en lo que respecta al paciente alcohólico reincidente, extraemos las bases del trabajo que nos proponemos a desarrollar, que son:

1. La conducta alcohólica representa una forma de ser y vivir desadaptada que, aunque generadora del conflicto, proporciona a la persona que la exhibe, formas íntimas de satisfacción y que pueden catalogarse como ganancia secundaria.
2. Esta conducta y su consiguiente compulsión de repetición es el resultado del empleo de mecanismos de defensa arcaicos, aunque en su momento tuvieron una función adaptativa y protectora contra la ansiedad y la culpa, en el aquí y el ahora del paciente, representa la condición por la cual esta conducta mantiene el carácter repetitivo que examinamos.
3. Por el carácter arcaico y primitivo de los mecanismos defensivos empleados se interfiere la presencia de

formas traumáticas tempranas en las relaciones interpersonales, generadoras de ansiedad y manejables para el sujeto, que lo dejan detenido en estadios tempranos del proceso madurativo y que ocasionan intensos sentimientos de hostilidad y culpa.

Expresado de otra manera, el paciente alcohólico no ha sido capaz de encontrar para sus temas centrales de vida, una alternativa de solución viable y, por lo tanto, reinscribe su vida en torno a heridas narcisistas severas propiciadoras de intensa hostilidad y culpa, que lo incapacita para una vida adulta, madura e independiente.

Si procedemos en forma ordenada al análisis de estas bases que se expresan con anterioridad sería posible, dentro del marco doctrinario escogido, argumentar lo siguiente:

a. Que la conducta alcohólica, aunque desadaptativa y generadora de conflicto, proporciona satisfacciones al sujeto que la exhibe, en un momento significativo y que ello es condición necesaria suficiente para el mantenimiento del síntoma. Para comprender lo anterior no debe perderse de vista que el alcohol es una droga y que su consumo, de manera momentánea por lo menos, es capaz de disminuir o suprimir los sentimientos desagradables en especial la angustia y la depresión. Este efecto del alcohol debe buscarse en sus propiedades farmacológicas que son de carácter selectivamente depresor de los centros nerviosos y,

de consiguiente, proporciona una alteración inmediata de la percepción del mundo y de sí mismo para el que lo consume.

Resulta obvio que el impulso hacia la ingesta está determinado por la búsqueda de un cambio en las circunstancias existenciales, por la que la persona atraviesa y que debe ser en la medida de lo posible, inmediato. Y es precisamente esto lo que proporciona el alcohol a quien lo consume: la oportunidad de evadir una realidad estresante, de reforzar sentimientos de valía personal y, finalmente, la desinhibición de impulsos y fantasías.

Las consideraciones anteriores tratan únicamente de señalar una condición farmacológica de la sustancia: que en la ingesta de lo que se busca es una modificación de condiciones y de las situaciones de vida en las que el sujeto se encuentra, y su consiguiente orientación hacia percepciones más gratas de esas condiciones.

b. La conducta repetitiva del alcohólico en su relación con la droga, es el resultado de los usos de mecanismos de defensa arcaicos, cuyo empleo es desadaptativo en la realidad actual del sujeto. Pero que en un momento de la biografía de éste tuvieron valor de supervivencia.

Lo anterior no constituye una argumentación en favor de la existencia de una "personalidad típica" en el adicto. Consideración que se ha manejado mucho para tratar de explicar factores etiológicos en torno al alcoholismo.

Concordamos con la afirmación de que no es posible probar la existencia de una personalidad "prealcohólica" pues se estaría dinamizando la etiología del trastorno. Lo que si se postula, como hipótesis explicativa de la reincidencia en la ingesta compulsiva, es que ésta norma de vida conlleva vías finales comunes, es decir que el alcohólico, en ejercicio de su propuesta de vida reincide en su ingesta y con ello alterna períodos de sobriedad con períodos de variable inconciencia, por la dinámica misma del proceso adictivo.

En efecto, la clínica cotidiana demuestra un cuadro que se podría denominar típico en el alcohólico que ingresa al Patronato. Casi sin excepción se encuentra un individuo atormentado por intensos sentimientos de culpa, con valorizaciones hacia sí mismo de carácter peyorativo y desvalorizantes, con expresas afirmaciones sobre la necesidad que tiene de ayuda y vehementes actitudes de rechazo hacia la posibilidad de volver a vivir esas circunstancias de confinamiento. Y esto, independientemente de las peculiaridades de personalidad del sujeto y, sobre todo, independiente del número de reincidencias que haya tenido, aunque éstas se remonten sólo a la de la semana anterior.

Al enfrentar psicodinámicamente esa realidad, se evidencia un denominador común en la situación de

reincidencia a saber: una condición de regresión que se hace manifiesta en la demanda de atención y cuidado y una expresión de hostilidad poco razonable, cuando esa demanda no es atendida, según su criterio, con diligencia y eficacia. Esta condición se expresa en la relación del paciente con su familia, en la que pasa de la solicitud, con medida a la increpación violenta, casi sin transición, para concluir en un silencio tosco y cargado de recriminación de reincidencia.

El paciente alcohólico, por el mismo proceso dinámico de su adicción, se sitúa, con variaciones temporales en la condición de indefenso que normalmente corresponde a etapas tempranas de la vida, etapas en las que las posibilidades de imponer su criterio y adoptar decisiones estaban coartadas por las personas significativas de su medio y recurre, igual que entonces, a mecanismos de defensa, propiciadores de egos restringidos: negación, regresión y represión.

Estos mecanismos, fundamentales en el proceso de hacer frente a las frustraciones que inevitablemente el medio impone en etapas tempranas de la vida, son superados, dentro del proceso de desarrollo psicológico, por otras que propician un ego activo: identificación, proyección e introyección. La transición de unos mecanismos a otros se efectúa por el proceso natural de maduración que trae consigo mejores posibilidades, más productivas y

satisfactorias, de encauzar las condiciones del medio y los factores relacionados con los progenitores. Si no es así, el uso de los primeros mecanismos, los restrictivos, se reafirma por un tiempo mayor que el normal, originado retorno a ellos cuando las condiciones del medio según la percepción del sujeto, no dejan sino esas alternativas. En la situación de ingestas repetitivas, consideramos es ésta la circunstancia que se manifiesta con el agravante de que prepara el terreno para la próxima ingesta, por los intensos sentimientos de hostilidad, que la situación de indefensión despierta en el individuo y que por la dinámica de los mecanismos se ve obligado a repetir.

Toda la argumentación precedente impone la consideración de un sujeto abrumado por sus repetidas ingestas, con sentimientos íntimos de desvalimiento e intolerables nexos de dependencia y un concepto de sí mismo invalorado y propio. Hechos subjetivos a los que reaccionan con extrema hostilidad y a los que siguen, casi sin transición, significativos sentimientos de culpa. Ante esta situación, la alternativa más viable y más económica desde el punto de vista de su psiquismo es la sustracción a la misma, lo que logra con una nueva ingesta, separada de la anterior por un periodo de tiempo variable, y ello nos lleva a la tercera hipótesis de la teoría.

c. Se afirma que el paciente reincidente posee una

biografía en las que sus tempranas relaciones familiares estuvieron marcadas por formas traumáticas que se tradujeron en montos de ansiedad inmanejables y que estos a su vez coartan su desarrollo evolutivo y engendran reacciones hostiles y sentimientos de culpa.

No se afirma que todo sujeto que vive en estas condiciones de vida, deberá necesariamente desarrollar una adicción. Se propone que toda persona que vive esta situación habrá de desarrollar relaciones interpersonales generadoras de conflictos.

En el caso que ocupa el presente estudio y en el medio que se vive en Guatemala, con un sentimiento popular favorable al convivio y al uso y abuso del alcohol, no puede extrañar a nadie que la elección del síntoma gire preponderantemente en torno en la ingesta de la sustancia embriagante y que el proceso conflictivo de las relaciones interpersonales encuentre su causa de resolución a través de la inconciencia que trae consigo la ingesta.

## CAPITULO II: METODOLOGIA GENERAL DE ABORDAMIENTO

### 2.1 Planteamiento del Problema:

El alcoholismo tiene diversos orígenes lo que significa que debe ser comprendido desde varias esferas y ángulos por lo que su atención terapéutica a nivel Institucional necesita la acción de personal capacitado. Es en el sentido que en el Área de Servicio dentro del Ejercicio Profesional Supervisado de sectores activos como el personal de Psicología, Médico y Paramédico y viéndolo más multidisciplinariamente la acción del Área social y económica.

Mencionando lo anterior la labor de Servicio y atención al paciente alcohólico requiere el enfrentamiento en tratamiento secundario y terciario así como una decidida acción a nivel primario considerando las limitaciones de índole económico.

Para el logro de una adecuada capacitación del recurso humano que esté en condición de brindar un servicio apropiado, el Área de la Docencia dentro del Ejercicio Profesional Supervisado, debe prever la categoría del problema y estimular en los practicantes el deseo por mejorar su comprensión sobre Alcohol-dependencia. La forma de enfrentar este hecho consistirá en una bien documentada retroalimentación y en una información actualizada con base en los avances científicos y Psicoterapéuticos.

Si se toma en consideración las consecuencias Psicobiosociales que la ingesta alcohólica provoca, resulta obvio que el alcoholismo es uno de los problemas de mayor incidencia en cualquier sociedad. De la experiencia obtenida en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, a través del Ejercicio Profesional Supervisado, se deberá establecer que en el alcohólico existe una descompensación de fuerzas de manera que en muchas ocasiones el individuo no es responsable de sus recaídas alcohólicas, sino más bien es manejado por un conjunto de motivaciones que ya no controla él. De esta forma, la bebida en estos casos se convierte en una especie de regulador de la personalidad, pero sucede que esta regulación se hace a costa del deterioro progresivo del sujeto y su personalidad.

Se intentará elaborar a partir del análisis de 30 casos, extraídos de un universo de 116, con datos obtenidos de las fichas clínicas de pacientes internados y evaluados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, durante los meses de enero a junio de 1,991.

El análisis se realizará con base en una explicación psicodinámica que sea comprensible y ponga de manifiesto las fuerzas interpersonales, que actúan sobre un sujeto alcohólico.

## 2.2. Objetivo del Ejercicio Profesional Supervisado:

Para el logro de los fines propuestos, el ejecutante del

Ejercicio Profesional Supervisado se ha planteado los siguientes objetivos.

**2.2.1 Objetivo General del Ejercicio Profesional Supervisado:**

Que el estudiante del Ejercicio Profesional Supervisado realice en forma planificada servicio de seguimiento psicológico, investigue los factores predisponentes del alcoholismo, así como la retroalimentación por medio de docencia en el Patronato Antialcohólico de Guatemala.

**2.2.2. Objetivos Específicos:**

**2.2.2.1. Servicio:**

- Evaluar Psicológicamente a pacientes de la Institución, focalizando, gerarquizando y diagnosticando las distintas problemáticas emocionales.

- Orientar psicológicamente a pacientes y sus respectivas familias, que hayan requerido el servicio del Departamento de Psicología.

- Contribuir a la prevención del alcoholismo, participando en charlas y conferencias al exterior de la Institución.

- Asesorar a practicantes en las técnicas de entrevistas, intervenciones terapéuticas y seguimiento de casos, en pacientes internos y externos, así como a su familia y en el manejo administrativo del servicio.

### 2.2.3 Docencia:

- Retroalimentar el proceso de enseñanza, aprendizaje en los estudiantes practicantes de 4o. y 5o. grados con temas relacionados con el alcoholismo, entidades Psicopatológicas y técnicas de abordamiento psicoterapéutico.

### 2.2.4 Investigación:

- Investigar en forma descriptiva los factores psicodinámicos de reincidencia en pacientes internos en el Patronato Antialcohólico de Guatemala,

### 2.3 Metodología de Abordamiento:

A continuación se describen las acciones y procedimientos que se realizan dentro del Ejercicio Profesional Supervisado.

#### 2.3.1 Servicio:

##### - Asignación de pacientes:

Durante el turno respectivo, se registran diariamente las listas de los pacientes ingresados al Patronato, y se hace un contacto inicial para determinar si el paciente está en condiciones de ser evaluado, se le entrega una cita con hora estipulada y el nombre del terapeuta que lo entrevistará, el epealista encargado distribuye los pacientes a los estudiantes practicantes incluyéndose él.

##### - Evaluación de Entrada:

Cuando el paciente se presenta a la hora citada, se le hace su evaluación de entrada, brindándole terapia de apoyo,

se recaban datos para su expediente psicológico y hoja de evolución, se determina la impresión clínica y se propone la terapia a seguir, dejándole una cita para que se presente posteriormente a consulta externa.

- **Terapia de Seguimiento:**

Cuando el paciente se presenta a su cita de consulta externa, se elabora el plan terapéutico a seguir, brindándole terapia individual y en los casos que lo amerita terapia familiar o de pareja. Utilizando las técnicas psicoterapéuticas adecuadas.

- **Asesoría del Servicio Psicológico a Estudiantes:**

Se brindó asesoría directa y supervisión a los estudiantes practicantes en la elaboración de fichas clínicas y hojas de evolución, asimismo en discusión y análisis de casos.

- **Atención Primaria sobre Alcoholismo y Drogadicción:**

Se impartieron charlas a Instituciones y centros educativos sobre prevención y tratamiento del alcoholismo.

2.3.2 **Metodología de Abordamiento de Docencia:**

Comprende:

- **Planificación de Actividades Docentes:**

Quincenalmente se reúnen los cinco estudiantes epevistas y el Coordinador Académico, para la planificación de 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 de conocimiento.

1.- Implementación y práctica sobre temas relacionados con el alcoholismo, la incidencia personal, familiar, productiva y social.

2.- Implementación Práctica sobre métodos y técnicas de abordamiento psicoterapéutico.

- **Evaluación de Resultados:** Se crean e instalan mecanismos de evaluación, que permitan calificar el grado de desarrollo de la implementación teórica, señalada anteriormente.

- **Plan de Autoimplementación Teórica:** Se planificó y ejecutó con base a exposiciones grupales e individuales, con todos los estudiante practicantes y epesistas. Se seleccionaron tres textos, dos sobre corrientes psicológicas y entidades psicopatológicas, los cuales fueron expuestos en grupos de estudiantes coordinados por los epesistas, y el tercer libro, específicamente de casos clínicos y discutidos por los epesistas.

### 2.3.3 Metodología de la Investigación:

#### 2.3.3.1 Universo Utilizado:

El Universo utilizado para la presente investigación estuvo constituido en un total de 116 pacientes internados en el Patronato Antialcohólico durante el periodo de Enero-Junio de 1,991, sus fichas clínicas y las hojas de evolución respectivas.

#### 2.3.3.2 Muestra Escogida

Del Universo de 116 pacientes se tomo el 26% de la muestra objeto de estudio que mostró alta consistencia y fiabilidad para desarrollar dicha Investigación.

##### 2.3.3.2.1. Análisis de Contenido:

Mediante la aplicación de está técnica, se procedió en forma al azar de 116 fichas clínicas se tomaron 30 unidades de análisis, siendo el 26% del universo, con el propósito de extraer los Factores Psicodinámicos que causa reincidencia en el paciente con síndrome Alcohol-Dependencia, y la forma en que éstos inciden en su bebetoria.

La ficha clínica consta de 13 preguntas de las cuales la pregunta No.1 a la 7 comprende los que es Datos Generales, Motivo de Consulta, Aspectos Generales del Paciente, Aspecto Significativo de la Historia Médica del Paciente, Duración de la Ingesta, Número de Admisiones, otros padecimientos

como ejemplo uso de otras drogas.

De la pregunta No. 8 a la 9 corresponde las preguntas siguientes:

Historia Familiar, que se relaciona con el trabajo de los padres, personalidad, caracterología, actitud hacia el alcohol hábitos de beber, la relación con la madre, hijos y paciente.

Historia Personal del paciente que contiene: personalidad premorbidada y actual, rasgos predominantes de carácter, características de la relación interpersonal, situación familiar y filial, vida social y laboral, y sus ideales de vida. De la pregunta No. 10 se tomó en cuenta la relación familiar con respecto a la esposa: antecedentes familiares, personalidad, actitud ante el alcoholismo.

De la pregunta No. 13 se obtuvo la información con respecto a la historia del alcoholismo, primera ingesta, lapso intermedio y de la ingesta actual, así como también las búsquedas de alternativas de abstinencia y plan de vida actual. Siendo todas estas índices suficientes para detectar los factores psicodinámicos de reincidencia en el paciente con síndrome alcohol-dependencia.

#### 2.3.4 Técnica de Investigación:

La metodología estadística propuesta es de tipo descriptivo, sistema aleatorio simple y se sustenta en la recolección de datos que se obtendrán de las fichas clínicas

de pacientes internados y evaluados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala y su Departamento de Psicología, en el periodo comprendido de enero-junio de 1,991. Esta labor se apoyará con la aplicación de tablas y gráficas, con base en frecuencias y porcentajes que constituyen medidas de proporción.

### 2.3.5 Definición de Variables:

#### 2.3.5.1 Variables Generales Del Problema Alcohol-Dependencia

A continuación se detallan los factores que intervienen en el problema por investigar, con base en el estudio de las unidades de análisis.

- a) **Edad:** Tiempo cronológico de existencia, refierese al lapso transcurrido en la fecha de nacimiento, al momento de ingresar al Patronato Antialcohólico como paciente.
- b) **Estado Civil:** Conforme el derecho de familia de su estatuto, dentro de un núcleo familiar, siendo ellos: soltero, casado, unido, separado, divorciado, viudo.
- c) **Lugar de Procedencia:** Describe el lugar de origen de una persona.
- d) **Ocupación u Oficio:** Se entiende tanto al género de trabajo al cual se dedica una persona, de manera principal y habitual, como al conjunto de intereses corporativos, referentes al ejercicio de un oficio.
- e) **Monto de Ingresos:** Se refiere al total de sueldos o ingresos, rentas y productos de toda clase, que se obtienen

mensualmente o anualmente, así como el ahorro o aprovechamiento de dinero o de otros bienes de trabajo.

f) **Número de hijos:** Se refiere a los descendientes en primer grado de una persona. De la relación paterno filial, se deriva de una larga serie de derechos y obligaciones.

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

h) **Edades de la primera ingesta:** Período cronológico en donde el paciente estableció su primer contacto con la bebida.

i) **Condiciones que rodearon la primera ingesta:** Son las circunstancias más habituales que se da en el progreso de ingesta.

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

k) **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.

l) **Ingesta Actual:** Se toma la historia natural o clínica de las últimas bebetorias, previas a la intervención terapéutica.

m) **Satisfactores:** Sensación de bienestar aparente provocado por la ingesta de la droga, derivada por la acción depresora de ésta, en el sistema nervioso central.

n) **No Satisfactores:** Sensación de malestar debido a la predisposición situacional al momento de ingerir la droga.

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

#### 2.3.5.2 Factores Psicodinámicos de Reincidencia:

Los factores son las fuerzas o condiciones para producir una situación o resultado determinados. Asimismo la psicodinamia se refiere a las fuerzas que actúan directamente sobre el ser humano y como consecuencia en la organización de la personalidad para que se desarrolle.

#### 2.3.5.3 Factores Generales:

Dentro de los principales factores Psicodinámicos generales se tomarán en esta investigación los siguientes:

- Herida Narcisista Primaria
- Problemas de Ajuste
- Padre Alcohólico
  
- Herida Narcisista Primaria: Se entiende por herida narcisista primaria al desajuste emocional sufrido durante la etapa de herida narcisismo primario, en donde el sujeto posee el amor de la imagen de sí mismo, como consecuencia la organización de su propia libido se centra en el sujeto.(1)

---

(1) J. Laplanche, J.B. Pontalis, "Diccionario de Psicoanálisis," Editorial Labor, S. A. Barcelona 1,983.

Este desajuste emocional se caracteriza por sensación de abandono y rechazo, identificación inadecuada y aislamiento emocional, Características peculiares de la persona alcohólica.

**Problemas de Ajuste:** Se refiere a la incapacidad del alcohólico de mantenerse en armonía con lo que le rodea y conservar el equilibrio de su medio interior.(2)

De tal manera, esta misma incapacidad hace que se generen los conflictos, induciendo a la persona hacia la bebetoría. Los problemas de ajuste dentro de las bebetorías, dan origen al proceso mediante el cual el sujeto desarrolla un conjunto de respuestas caracterizadas por: Promiscuidad sexual, ocupación no calificada, cambio caracteriológico ante la bebida, familia desintegrada, con lo que intenta en definitiva un equilibrio aparente de su situación real.

**Padre Alcohólico:** Es el modelo sobre el cual el sujeto alcohólico asume una identificación de personalidad, en donde adquiere a su vez, características de éste: Afecto, rechazo, irresponsabilidad y hogar desintegrado.

#### 2.3.5.4. Específicas:

Al efectuar el análisis, con base en las variables generales, se establecieron en los casos investigados las

---

(2) Diccionario de Psicología. Editorial Fondo de Cultura, México, 1,984.

siguientes variables específicas:

a) **Abandono:** Es un estado del sujeto que se manifiesta con una sensación de no ser querido, y que es originado por la ansiedad de separación del objeto materno o del objeto amado.

b) **Rechazo:** Es la respuesta del niño que se manifiesta en forma de desprecio hacia los miembros de su familia y es provocada por la relación ambivalente de las figuras objetales de su vida.

c) **Identificación Inadecuada:** Se considera que es provocada como una relación frente al retiro generalizado de catexis que el sujeto sufrió durante sus primeros años de formación de la personalidad, dentro del seno familiar.

d) **Aislamiento Emocional:** Es la disociación que hace el sujeto entre recuerdos y efectos de sus primeros años de formación, con la finalidad de aislarse de las experiencias afectivas y de privación padecida durante esa etapa.

e) **Promiscuidad Sexual:** Se refiere a la práctica de la copulación con varias personas. Es una relación sexual ajena a su pareja, en donde el alcohólico intenta reafirmar su machismo. En el caso de la mujer se manifiesta inconscientemente en una búsqueda de satisfacción y libertad, condiciones que le han sido reprimidas por los patrones culturales que operan en el medio.

f) **Ocupación no Calificada:** Es un conocimiento aprendido empíricamente, que se basa en la experiencia y la práctica.

Es de hacer notar que el alcohólico tiene que buscar los medios de sobrevivencia para él y su familia, en tal sentido, en algunas ocasiones tiene que ocuparse en cualquier tipo de trabajo.

g) **Cambios Caracterológicos ante la Bebida:** son un conjunto de manifestaciones o cambios que se dan en el funcionamiento de las personas antes y después de su bebetoria.

Esta situación, causa malestar tanto al sujeto como a su familia y a los que le rodean, especialmente cuando se presenta una conducta agresiva y destructiva.

h) **Familia Desintegrada:** Cuando en el terreno familiar ocurre un debilitamiento de los vínculos afectivos, económicas, etc. y las relaciones mutuas conllevan distorsiones que dan lugar a psicopatologías diversas de todo el sistema (familia disfuncional) la cual termina con las relaciones familiares y como tal, con la separación de los cónyuges.(3)

1) **Afecto-Rechazo:** Es una respuesta transferencial del sujeto alcohólico, que se manifiesta en forma de desprecio hacia los miembros de su familia y personas significativas: provocada por la relación ambivalente que la persona ha tenido con las figuras objetales de su vida.

Asimismo, se refiere a la incongruencia afectiva,

---

(3) Sula Wolff. "Trastornos Psíquicos del Niño, Causas y tratamiento", Editorial Siglo Veintiuno, México, 1,970.

característica del padre alcohólico, según la cual junto a las manifestaciones de afecto y apego a sus hijos, se encuentran las de rechazo, resentimiento y cólera frente a ellos. Esta situación caracteriza la inestabilidad de esta figura objetal en la vida del sujeto alcohólico.

j) **Violencia:** Se presenta en las personas a través del abuso de fuerza, fenómeno entrelazado con el desarrollo de toda una generación. Es un rechazo de la ley y el derecho y una violación a la dignidad e integridad de la persona que se ve afectada por la pérdida de conciencia, tal es el caso del sujeto alcohol dependiente. Algunos autores consideran la agresión como instintiva, mientras otros la consideran un rasgo del carácter.

k) **Hogar Desintegrado:** Se refiere al sitio de donde proviene la mayoría de las veces el sujeto alcohólico, en donde falta la presencia de uno o de los dos cónyuges, pero generalmente la ausencia del padre, figura muy importante en la identificación, es factor etiológico importante en el desarrollo de déficits de identificación yoica adecuada.

l) **Irresponsabilidad:** En la persona con dependencia al alcohol, existe una ruptura sistemática de valores, entre los cuales está la responsabilidad. Ante la pérdida de la misma, se instala la irresponsabilidad, que es la incongruencia que el sujeto demuestra hacia el cumplimiento de las expectativas que la familia espera de él.

CAPITULO III: PRESENTACION DE RESULTADOS  
 3.1 CUADROS QUINCENALES DE SERVICIO Y DOCENCIA  
 Tabla "J"

QUINCENAS	SERVICIOS		DOCENCIA
1 al 15 de Marzo. 8 Hrs.	Asignación Evaluación Externos Discusión	16 ptes. 5 ptes. 2 casos. 3 casos.	Implementación teórica sobre la administración del servicio.
16 al 31 de marzo. 8 Hrs.	Asignación Evaluación Externos Asesoría	10 ptes. 4 ptes. 3 casos. 2 casos.	Implementación teórica sobre elaboración de fichas, hojas de evolución y formas de archivo. Explicación del texto entrevista Psiquiátrica.
1 al 15 de abril.	Asignación Evaluación Externos	13 ptes. 4 ptes. 3 casos.	Implementación teórica sobre examen mental.
16 al 30 de abril.	Asignación Evaluación Externos Discusión	12 ptes. 4 ptes. 2 casos. 5 casos.	Implementación sobre Etiología del Alcoholismo. Texto "El Alcoholismo Enfermedad Social" Bogani Miguel Emilio
1 al 15 de mayo.	Asignación Evaluación Externos	15 ptes. 5 ptes. 6 casos.	Evaluación Etiología del Alcoholismo.
16 al 31 de mayo.	Asignación Evaluación Externos Discusión	10 ptes. 4 ptes. 3 casos. 5 casos.	Implementación Texto Principios de Psicoterapia. "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Erwin Singer.
1 al 15 de junio.	Asignación Evaluación Externos Discusión	11 ptes. 4 ptes. 3 casos. 4 casos.	Implementación sobre Genograma Familiar. Evaluación Texto Principios de Psicoterapia. Erwin Sing.
16 al 30 de junio.	Asignación Evaluación Externos Discusión	10 ptes. 4 ptes. 3 casos. 5 casos.	Implementación sobre elaboración del plan terapéutico.

Tabla "K"

1 al 15 de julio.	Asignación Evaluación Externos Discusión	12 ptes. 4 ptes. 4 casos. 2 casos.	Implementación sobre Principios Generales de la Psicodinámica en la entrevista. "La Entrevista Psiquiátrica" H.s. Sullivan
16 al 31 de julio.	Asignación Evaluación Externos Asesoría	13 ptes. 4 ptes. 5 casos. 2 casos.	Implementación sobre la Terapia racional y emotiva. Dr. Albert Ellis Dr. Eliot Abra.
1 al 15 de agosto.	Asignación Evaluación Externos Discusión	13 ptes. 4 ptes. 1 casos. 3 casos.	Implementación sobre Proceso Alcohol dependencia.
16 al 31 de agosto.	Asignación Evaluación Externos Discusión Charla de Prev. Colegio A. Fleming.	12 ptes. 4 ptes. 3 casos. 3 casos.	Evaluación sobre proceso alcohol-dependencia. Asesoría sobre abordamientos Terapéuticos.
1 al 15 de septiembre.	Asignación Evaluación Externos Asesoría	12 ptes. 5 ptes. 2 casos. 1 caso.	Explicación sobre los modelos de la adicción como enfermedad. "Material P.Docencia U.S.A.C.
16 al 30 de septiembre.	Asignación Evaluación Externos Discusión	12 ptes. 4 ptes. 3 casos. 4 casos.	Asesoría sobre Intervenciones Psicoterapéuticas.
1 al 15 de octubre.	Asignación Evaluación Externos	19 ptes. 5 ptes. 2 casos.	Exposición Caso "Le amo Doctor" al grupo de estudiantes
16 al 30 de octubre.	Asignación Evaluación Externos Discusión	12 ptes. 3 ptes. 6 caso. 3 casos.	Implementación y planificación sobre Sistemas de Variedades I y II "36 sistemas de Psico-análisis y Psicoterapia" Harper. Robert
1 al 15 de noviembre.	Asignación Evaluación Externos Asesoría	12 ptes. 4 ptes. 1 caso. 3 casos.	Revisión de expedientes psicológicos y hojas de evolución.

16 al 30 de noviembre.	Asignación	13 ptes.	Exposición del caso "Me mataré si me abandonas".
	Evaluación	4 ptes.	
	Externos	1 caso.	
	Terapia Grupal	1	

Tabla "L"

1 al 15 de diciembre.	Asignación	13 ptes.	Exposición de los casos: "Sola frente al telefono" y "No ayude a Jim a leer".
	Evaluación	2 ptes.	
	Externos	1 caso.	
	Discusión	1 caso.	
1 al 15 de enero.	Asignación	12 ptes.	Exposición grupal sobre Sistemas de Variedades I y II.36 sistemas de Psicología y Psicoterapia" Robert A. Harper
	Evaluación	4 ptes.	
	Externos	2 casos.	
16 al 31 de enero.	Asignación	14 ptes.	Revisión de expedientes psicológicos y hojas de evolución
	Evaluación	5 ptes.	
	Externos	2 caso.	
	Asesoría	3 casos	
1 al 15 de febrero.	Asignación	12 ptes.	Evaluación final a estudiantes practicantes.
	Evaluación	4 ptes.	
	Externos	2 casos.	
16 al 29 de febrero.	Asignación	8 ptes.	Información general y administrativa a los estudiantes de nuevo ingreso.
	Evaluación	4 ptes.	
	Externos	2 caso.	
TOTAL PACIENTES ASIGNADOS		286	TOTAL HORAS DE DOCENCIA 102
TOTAL PACIENTES EVALUADOS		95	
TOTAL PACIENTES EXTERNOS		57	
TOTAL DE DISCUSIONES DE CASOS		53	
TOTAL PLATICAS IMPARTIDAS		3	
TOTAL HORAS TRABAJADAS EN SERVICIO		255	

## 3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

CUADRO No. 1

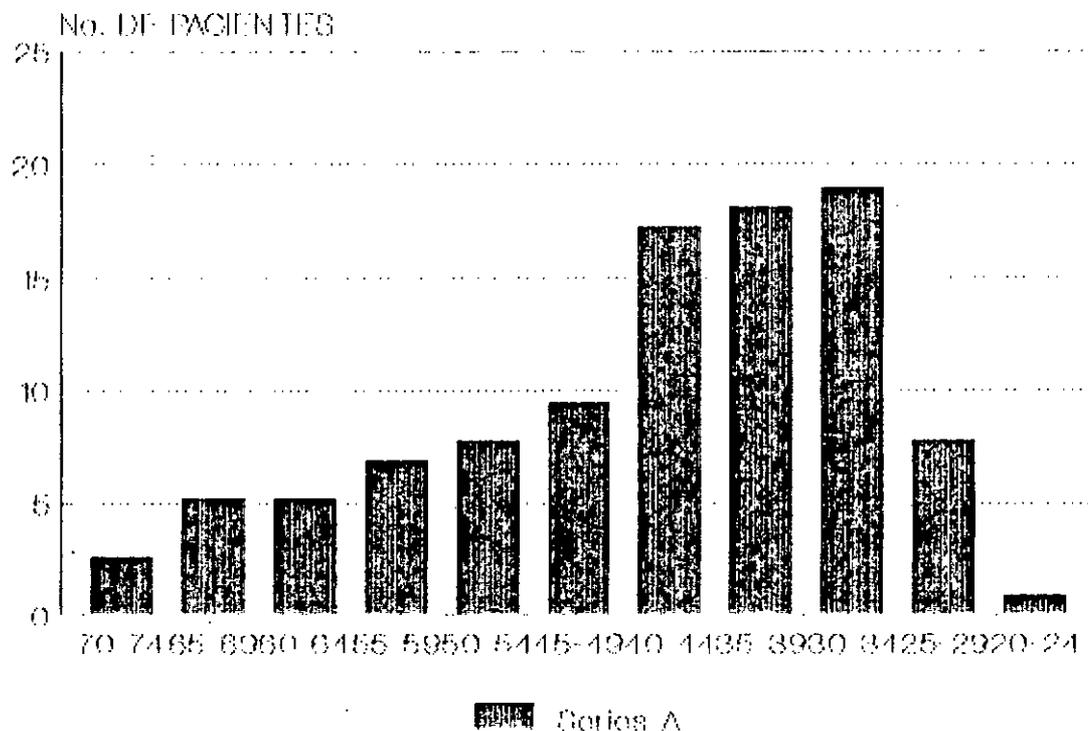
DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS DE EDADES EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DE 1991.

Edades Intervalos	f	%
70 - 74	3	2.586
65 - 69	6	5.172
60 - 64	6	5.172
55 - 59	8	6.896
50 - 54	9	7.758
45 - 49	11	9.482
40 - 44	20	17.241
35 - 39	21	18.103
30 - 34	22	18.965
25 - 29	9	7.758
20 - 24	1	0.862
	<u>N = 116</u>	<u>99.995=100</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondientes a enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## EDADES DE PACIENTES INTERNOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

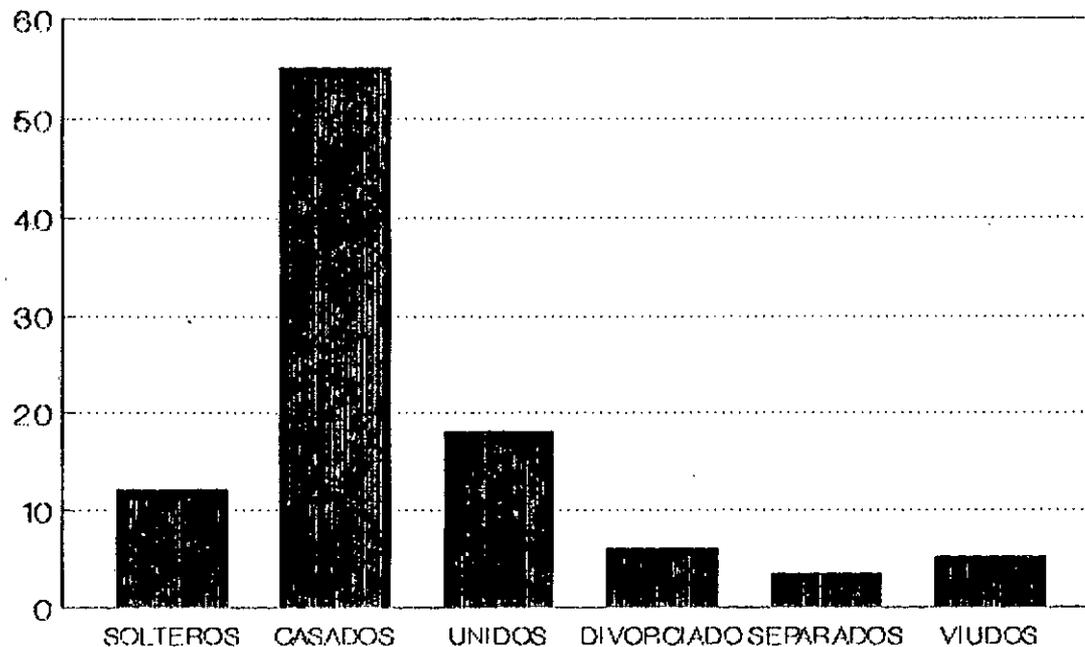
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SOBRE ESTADO CIVIL DE PACIENTES  
INTERNADOS EN EL PATRONO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y  
ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE EL  
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Estado Civil Variables	f	%
Soltero	14	12.068
Casados	64	55.172
Unidos de hecho	21	18.103
Divorciados	7	6.034
Separados	4	3.448
Viudos	6	5.172
	<u>N = 116</u>	<u>99.997</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato  
Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al pe-  
riodo enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## ESTADO CIVIL DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATE.



Series A

DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 2

## CUADRO No. 3

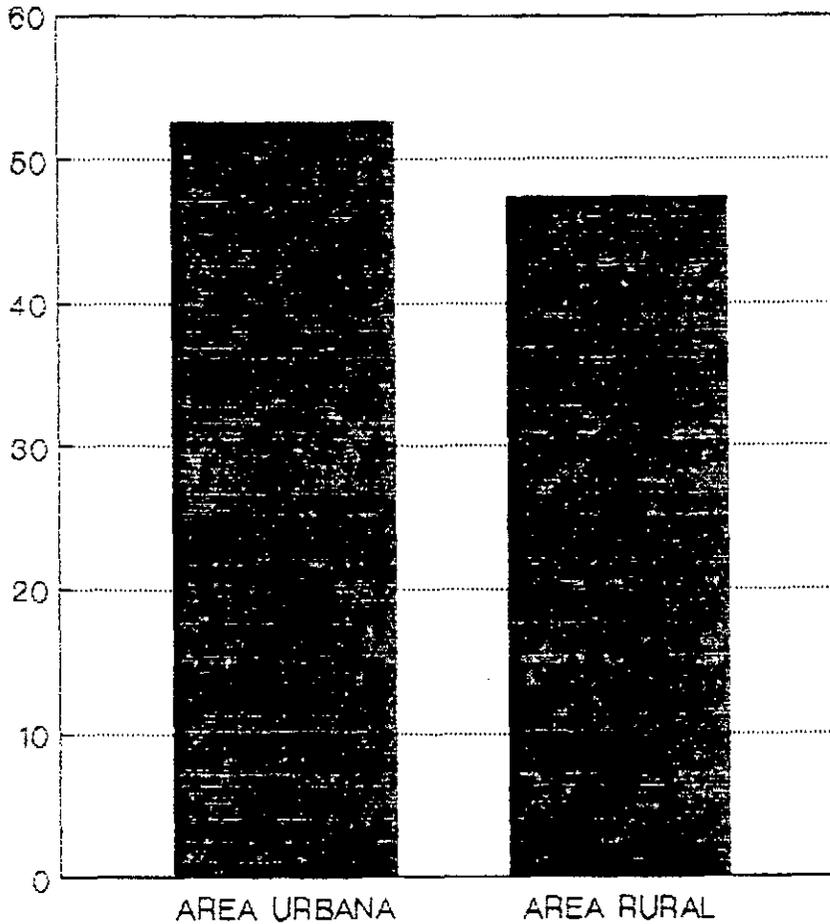
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROCEDENCIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Lugar de Procedencia. Variables	f	%
Area Urbana	61	52.586
Area Rural	55	47.413
	<u>N = 116</u>	<u>99.999</u>

Fuente: Archivos de Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, Correspondientes al periodo comprendido de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

PROCEDENCIA DE PACIENTES DE SEXO MASC.  
INTER.EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO



Series A

DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 3

CUADRO No. 4

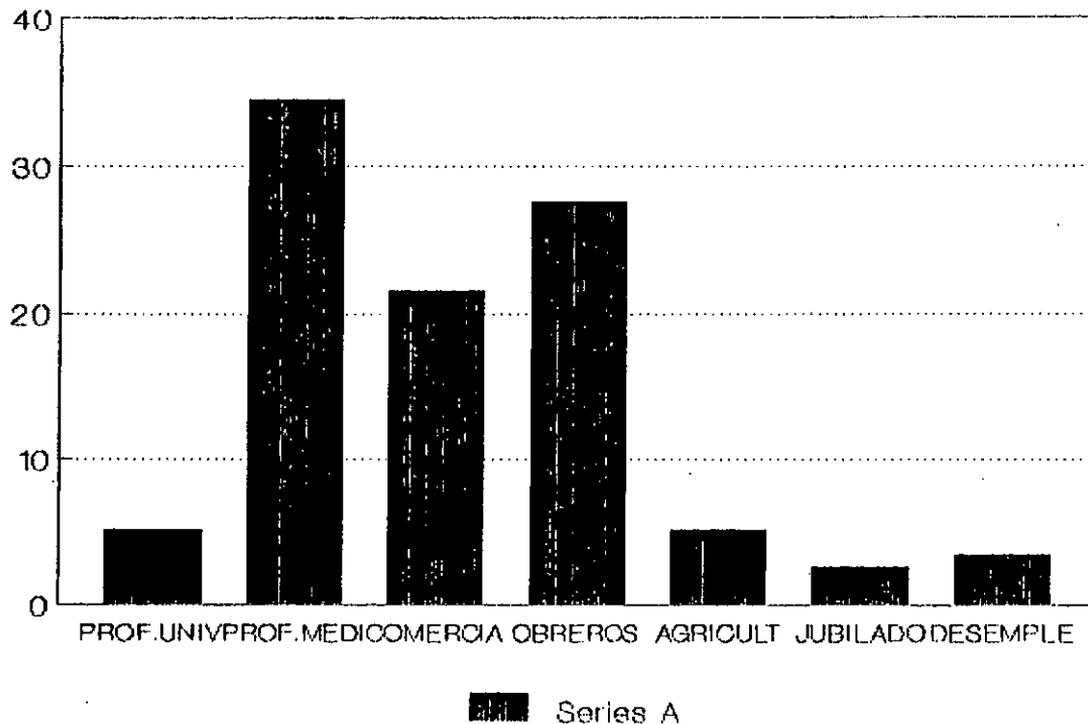
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OCUPACIONES U OFICIOS EN  
 PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE  
 GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
 DURANTE EL PERIODO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Ocupación u oficio Variables	f	%
Profesionales universitario	6	5.172
Profesionales medios	40	34.482
Comerciantes	25	21.551
Obreros	32	27.586
Agricultores	6	5.172
Jubilados	3	2.586
Desempleados	4	3.448
	<u>N = 116</u>	<u>99.997</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato  
 Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al  
 periodo de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## OCUPACIONES U OFICIOS EN PACIENTES DE SEXO MASC. INTERNADOS EN EL PATRONATO



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 4

CUADRO No. 5

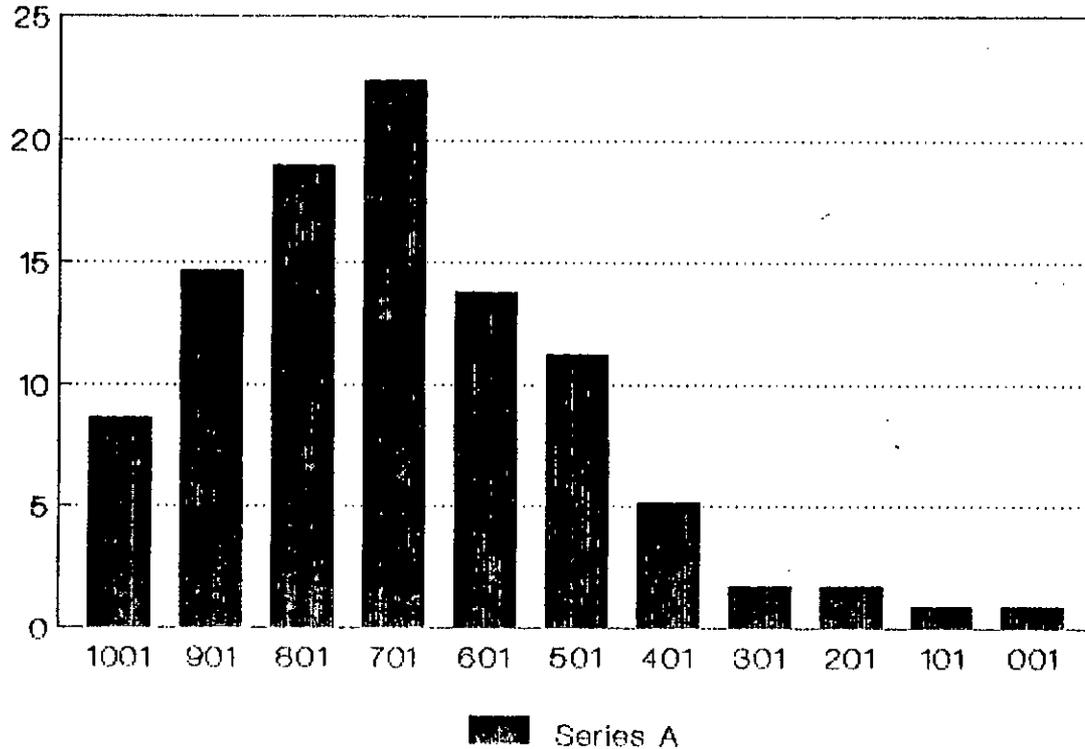
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE INGRESOS ECONOMICOS DE  
 PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE  
 GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
 DURANTE EL PERIODO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Monto de Ingresos Intervalos	f	%
1001 - o más	10	8.620
901 - 1000	17	14.655
801 - 900	22	18.965
701 - 800	26	22.413
601 - 700	16	13.793
501 - 600	13	11.206
401 - 500	6	5.172
301 - 400	2	1.724
201 - 300	2	1.724
101 - 200	1	0.862
001 - 100	1	0.862
	No. 116	No. 99.999

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología de Patronato  
 Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al  
 período de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

ING. ECONOMICOS DE PACIENTES SEX. MASC.  
INTER. EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 5

CUADRO No. 6

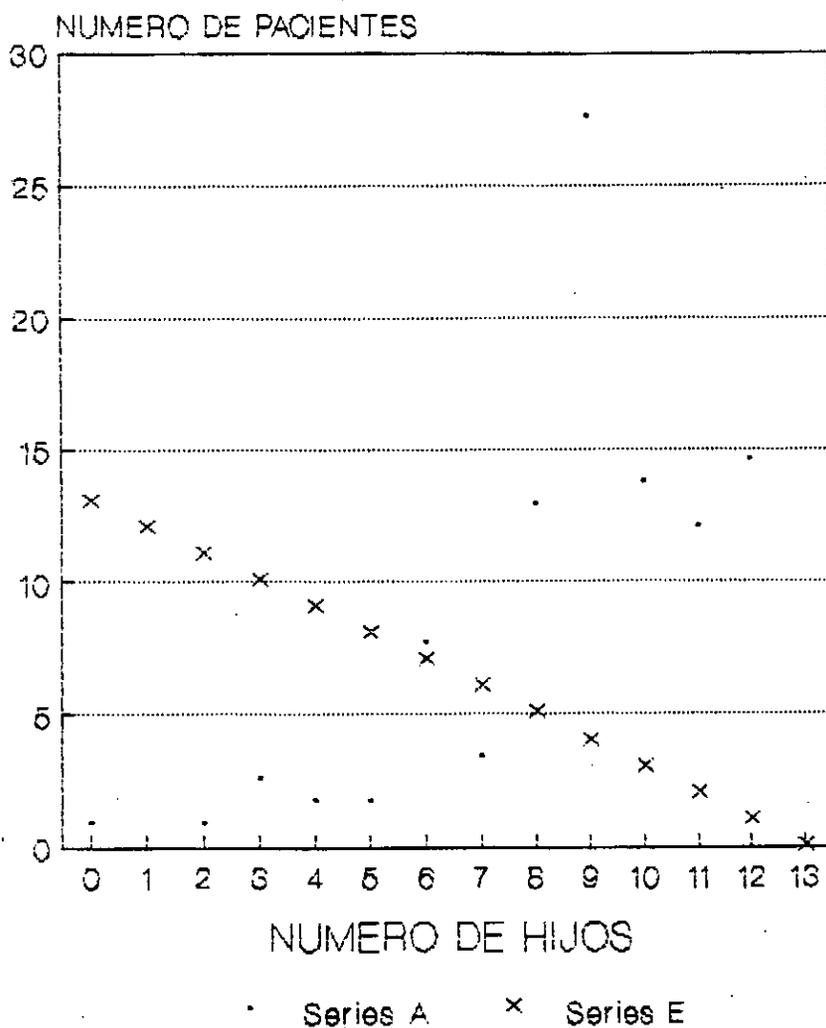
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NUMERO DE HIJOS DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

No. de hijos variables	f	x
12	1	0.862
11	-	-
10	1	0.862
9	3	2.586
8	2	1.724
7	2	1.724
6	9	7.758
5	4	3.448
4	15	12.931
3	32	27.586
2	16	13.793
1	14	12.068
0	17	14.655
	<u>N = 116</u>	<u>99.997</u>

Fuente: Archivos de Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, Correspondiente al periodo de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 Unidades de análisis.

**NUMERO DE HIJOS DE PACIENTES SEXO MASC.  
INTER. EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO**



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No.6

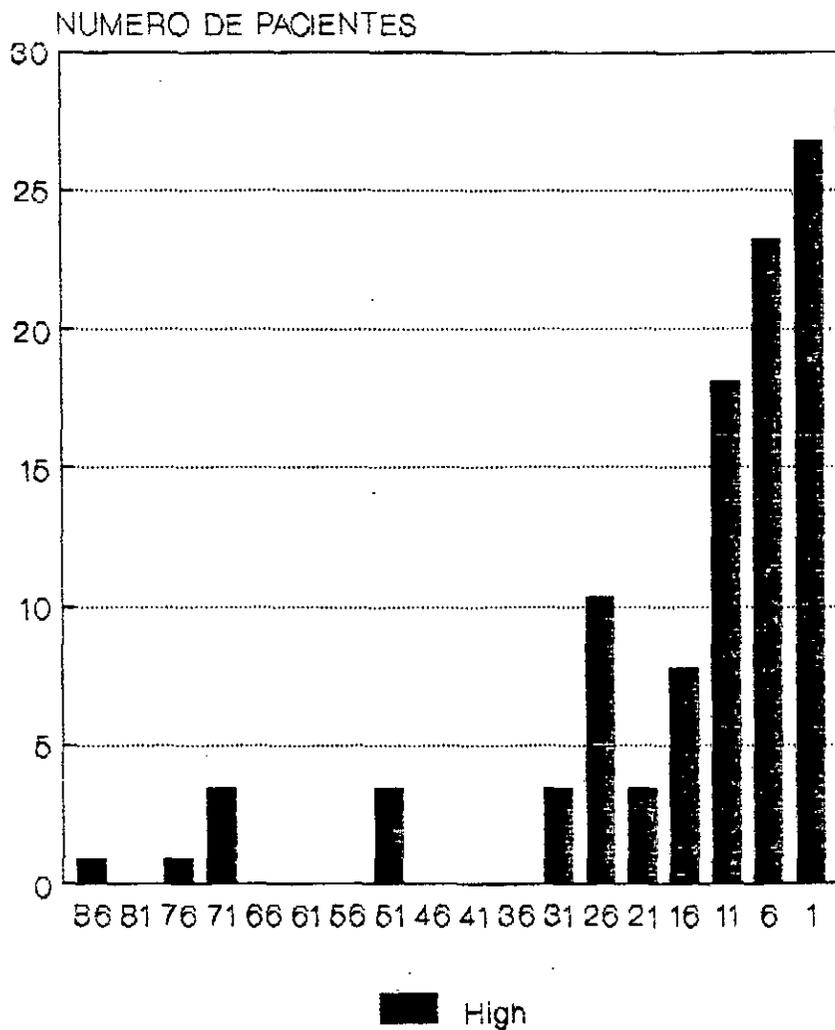
## CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DURACION DE LA INGESTA PREVIA A LA HOSPITALIZACION, EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO ENERO-JUNIO DE 1991.

Duración de la ingesta en días Intervalos	f	%
86 - 90	4	3.448
81 - 85	-	-
76 - 80	-	-
71 - 75	-	-
66 - 70	-	-
61 - 65	-	-
56 - 60	4	3.448
51 - 55	-	-
46 - 50	-	-
41 - 45	-	-
36 - 40	-	-
31 - 35	4	3.448
26 - 30	12	10.344
21 - 25	4	3.448
16 - 20	9	7.758
11 - 15	21	18.103
6 - 10	27	23.275
1 - 5	31	26.724
	<u>No. 116</u>	<u>99.996</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al periodo enero - junio 1991.

## DURACION DE LA INGESTA PREVIA A LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES INTERNADOS



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No.7

CUADRO No. 8

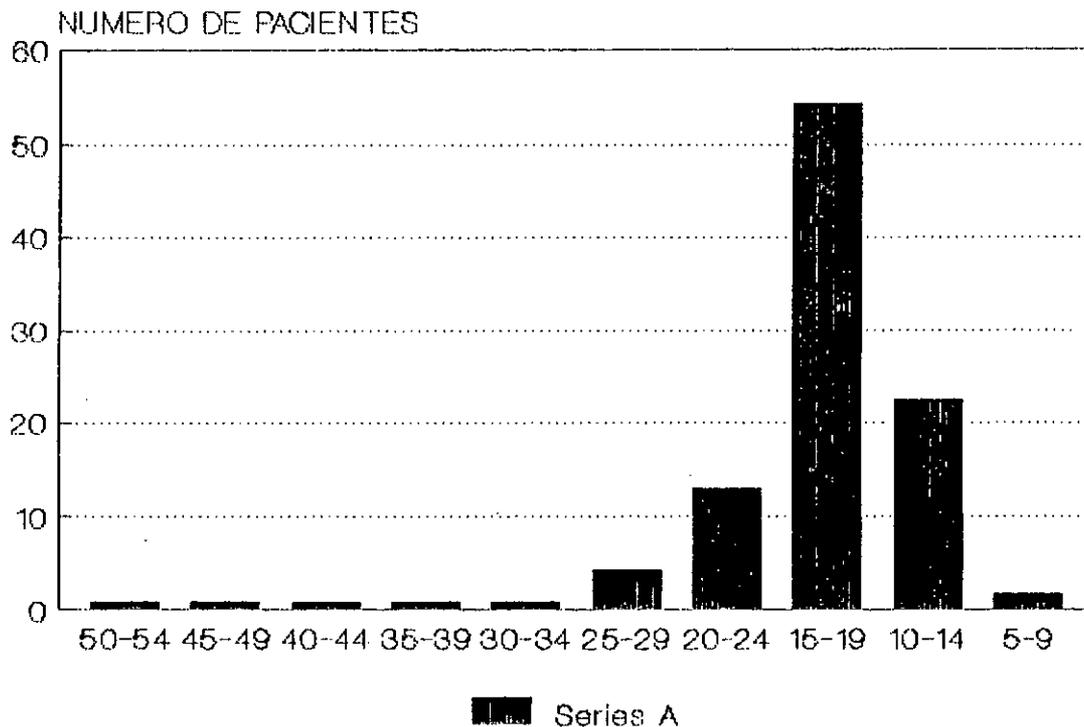
**FORMA DE BEBER**  
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDADES DE LA PRIMERA INGESTA**  
**DE LICOR EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO**  
**ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO**  
**DE PSICOLOGIA DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 1991.**

Edades de la primera ingesta intervalos	f	%
50 - 54	1	0.862
45 - 49	1	0.862
40 - 44	1	0.862
35 - 39	1	0.862
30 - 34	1	0.862
25 - 29	5	4.310
20 - 24	15	12.931
15 - 19	63	54.310
10 - 14	26	22.413
5 - 9	2	1.724
	<u>N = 116</u>	<u>99.997</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, Correspondientes al periodo de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## EDADES DE LA PRIMERA INGESTA DE LICOR EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 8

## CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS CONDICIONES QUE RODEARON LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE EN EL PERIODO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

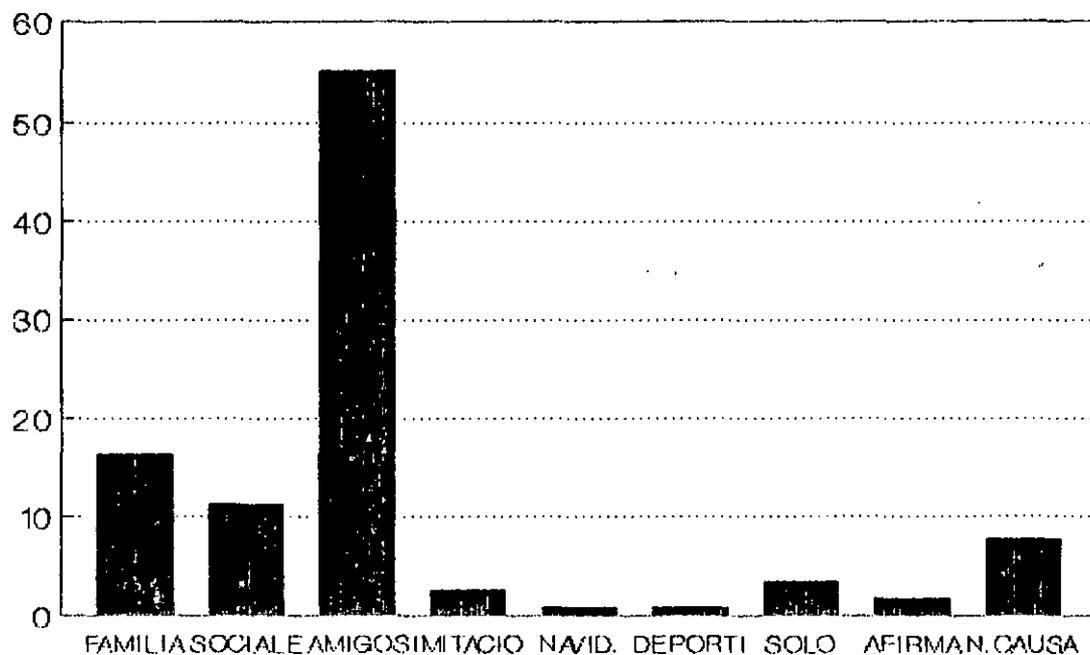
Condiciones variables	f	%
Con Familiares	19	16.379
Reuniones sociales	13	11.206
Invitación de amigos	64	55.172
Por imitación	3	0.862
Con motivo de Navidad	1	0.862
Celebración Deportiva	1	0.862
Por sentirse solo	4	3.448
Búsqueda de afirmación	2	1.724
No reporta causa	9	7.758
	<u>N= 116</u>	<u>99.997</u>

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al periodo de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

## CONDICIONES QUE RODEARON LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES INTERNADOS



Series A

DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 9

## CUADRO No. 10

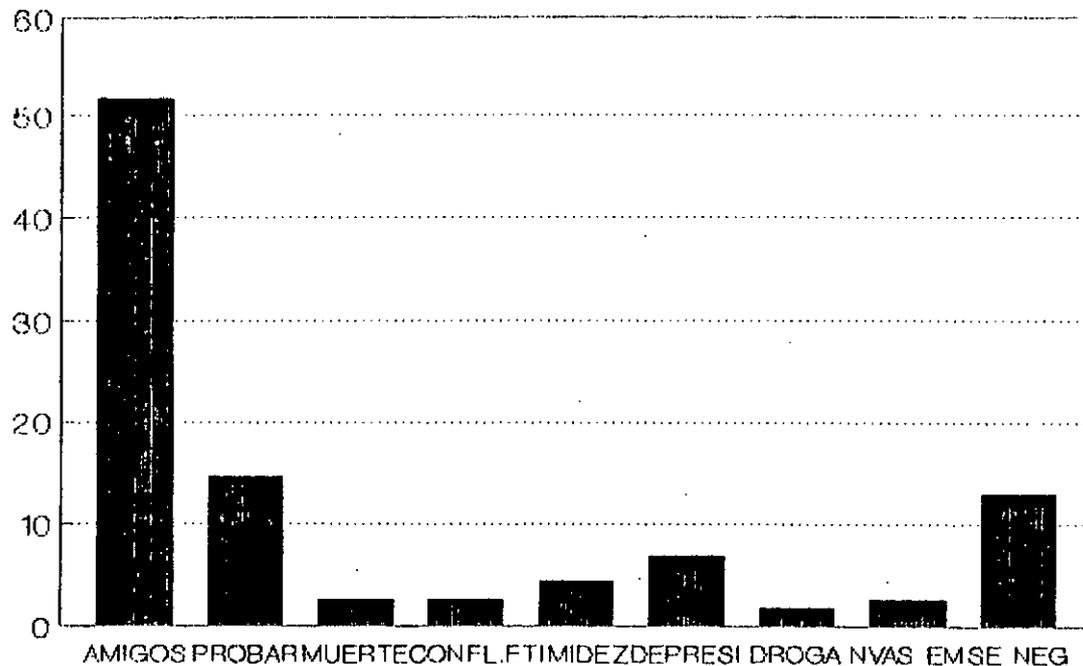
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CAUSAS O MOTIVOS PARA LA  
 PRIMERA INGESTA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO  
 ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO  
 DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Causas o motivos variables	f	%
Invitación de amigos	60	51.724
Deseo de Probar	17	14.655
Muerte de Familiar	3	2.586
Conflicto Familiar	3	2.586
Liberarse de introversión (Timidez)	5	4.310
Depresión	8	6.896
Buscar efectos de la droga	2	1.724
Búsqueda de nuevas emociones	3	2.586
Negó información	15	12.931
	N = 116	99.998

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato antialcohólico de Guatemala, correspondiente al período enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

### CAUSAS O MOTIVOS PARA LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO



Series A

DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 10

## CUADRO No. 11

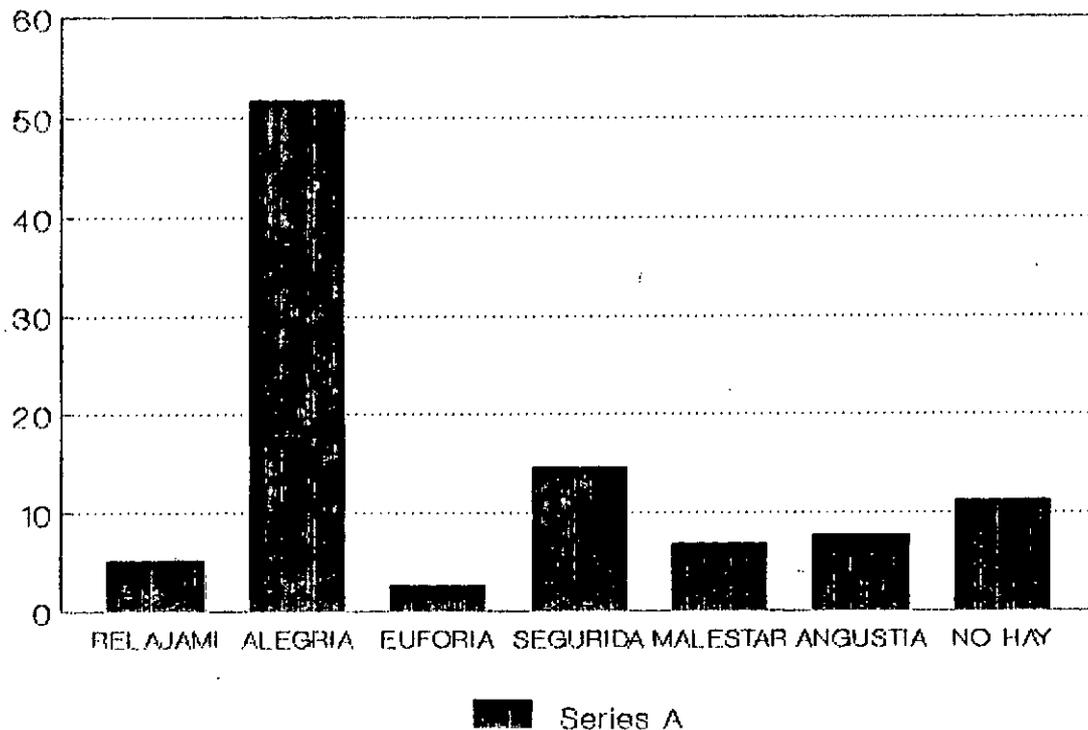
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE SATISFACTORES Y NO  
 SATISFACTORES EN LA PRIMERA INGESTA DE PACIENTES INTERNADOS  
 EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR  
 SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO  
 COMPRENDIDO DE ENERO - JUNIO DE 1991.

Satisfactores y no satisfactores variables	f	%
Relajamiento	6	5.172
Alegría y bienestar	60	51.724
Sensación de euforia	3	2.586
Sensación de seguridad en si mismo	17	14.655
Malestar físico y moral	8	6.896
Angustia	9	7.758
No reporta satisfactores de ninguna clase	13	11.206
	N = 116	99.997

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, Correspondiente al periodo de enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## SATISFACCION Y NO SATISFACCION DE LA PRIMERA INGESTA EN PACIENTES DE SEXO M.



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 11

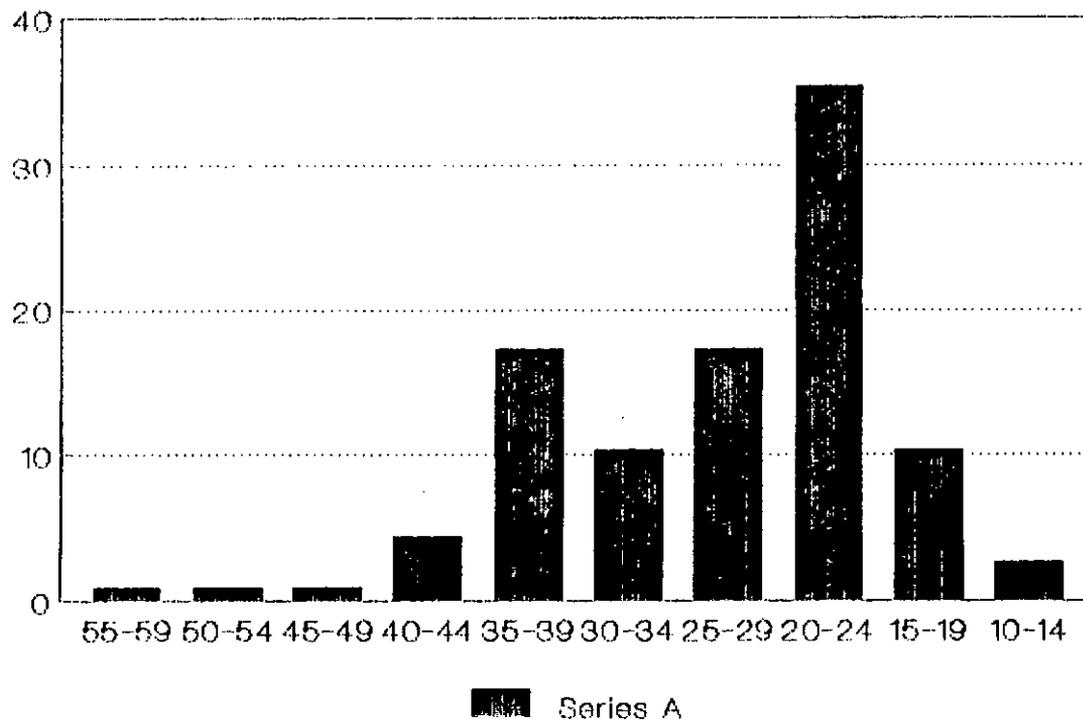
## CUADRO No. 12

- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDADES DEL LAPSO INTERMEDIO  
 EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO  
 ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO  
 DE PSICOLGIA, DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 1991.

Edades del lapso intermedios intervalos	f	%
55 - 59	1	0.862
50 - 54	1	0.862
45 - 49	1	0.862
40 - 44	5	4.310
35 - 39	20	17.241
30 - 34	12	10.344
25 - 29	20	17.241
20 - 24	41	35.344
15 - 19	12	10.344
10 - 14	3	2.586
	N = 116	99.996

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato  
 Antialcohólico de Guatemala.

## EDADES DEL LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNOS



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 12

## CUADRO No. 13

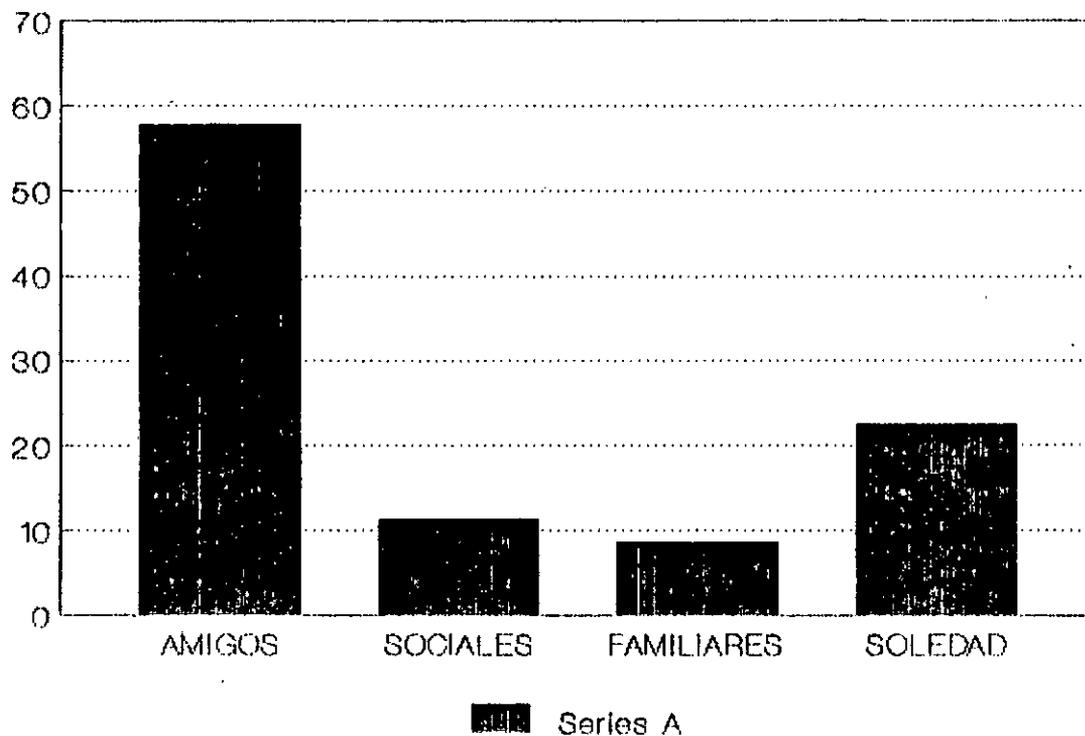
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONDICIONES QUE RODERON EL  
 LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PACIENTES INTERNADOS  
 EN EL PATRONO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR  
 SU DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO  
 DE 1991.

Condiciones del lapso intermedio variables	f	%
Reuniones con amigos	67	57.758
Reuniones sociales	13	11.206
Reuniones familiares	10	8.620
Mitigar soledad	26	22.413
	No. 116	99.997

Fuente: Archivo del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondientes al período enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## CONDICIONES QUE RODEARON EL LAPSO INTERMEDIO EN LA BEBETORIA DE PAQUENTES



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 13

## CUADRO No. 14

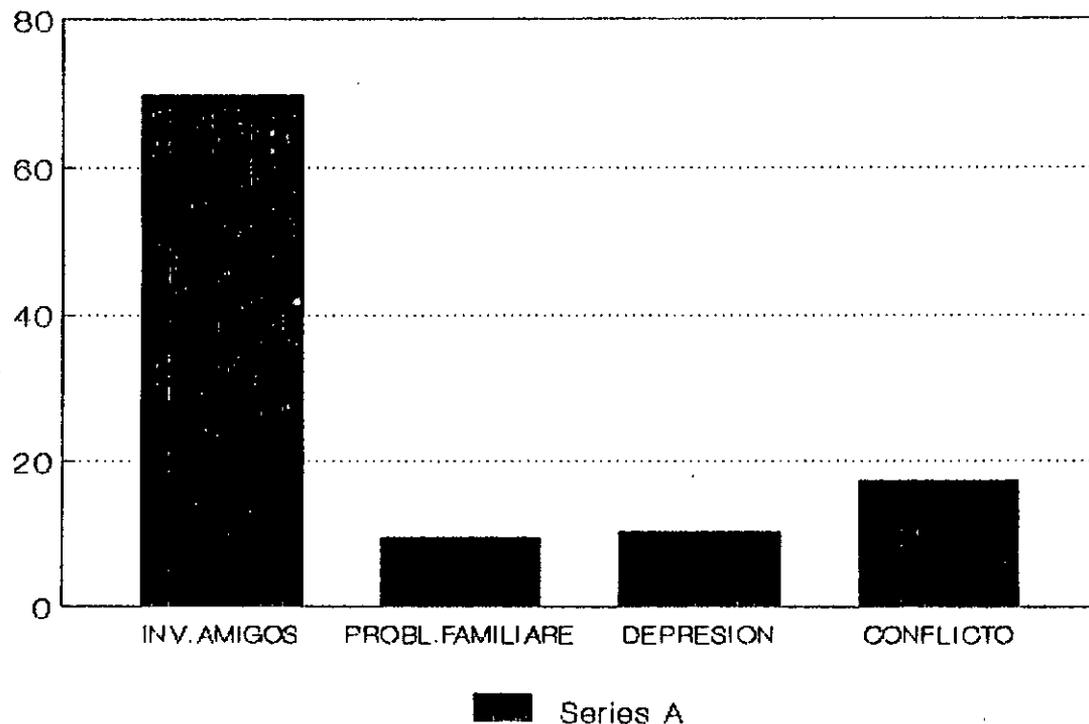
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CAUSAS O MOTIVOS DEL LAPSO  
 INTERMEDIO DE BEBETORIA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL  
 PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO  
 DE 1991.

Causas o motivos del lapso intermedio Variables	f	%
Invitación de amigos (círculo vicioso)	73	62.931
Problemas familiares irresueltos	11	9.482
Depresión	12	10.344
Conflicto de personalidad (baja tolerancia a la frustración)	20	17.241
	N = 116	99.998

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al Período enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## CAUSAS O MOTIVOS DEL LAPSO INTERMEDIO DE LA BEBETORIA EN PACIENTES DE SEXO MASC.



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 14

## CUADRO No. 15

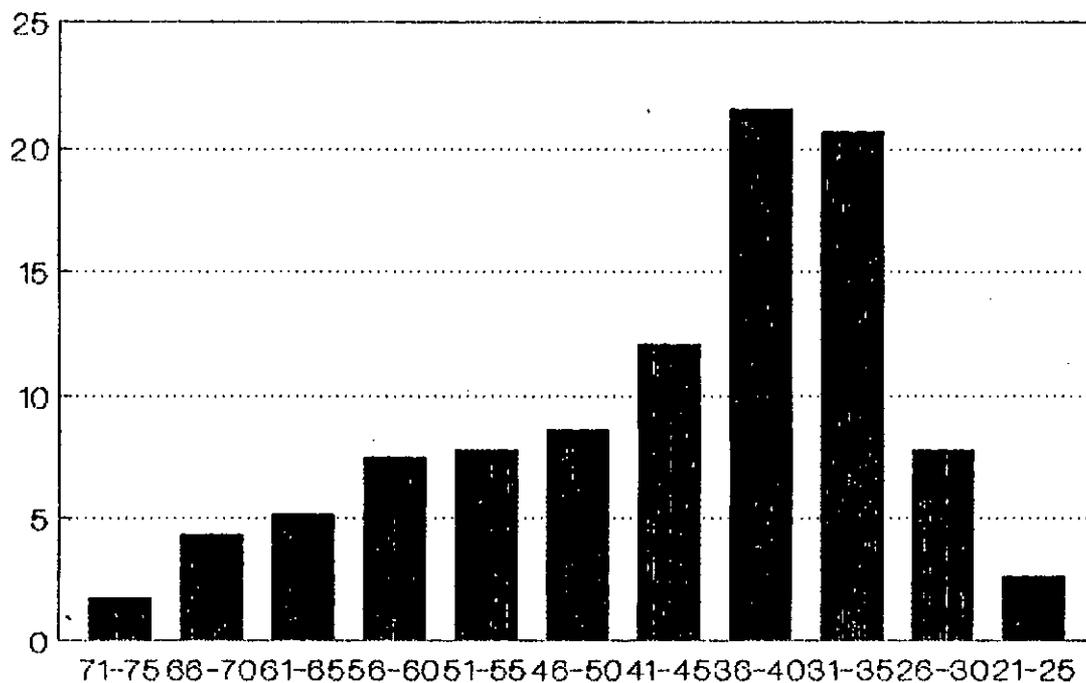
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDADES DE LA INGESTA ACTUAL  
 CRONICA O NO, EN PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO  
 ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO  
 DE PSICOLOGIA DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 1991.

Edades de la ingesta actual Intervalos	f	%
70 - 75	2	1.724
66 - 70	5	4.310
61 - 65	6	5.172
56 - 60	9	7.759
51 - 55	9	7.759
46 - 50	10	8.620
41 - 45	14	12.068
36 - 40	25	21.551
31 - 35	24	20.689
26 - 30	9	7.759
21 - 25	3	2.586
	N = 116	99.997

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondientes al periodo enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

**EDADES DE LA INGESTA ACTUAL, CRONICA O NO  
EN PACIENTES DE SEXO M. EN EL PATRONATO**



■ Series A

DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 15

## CUADRO No. 16

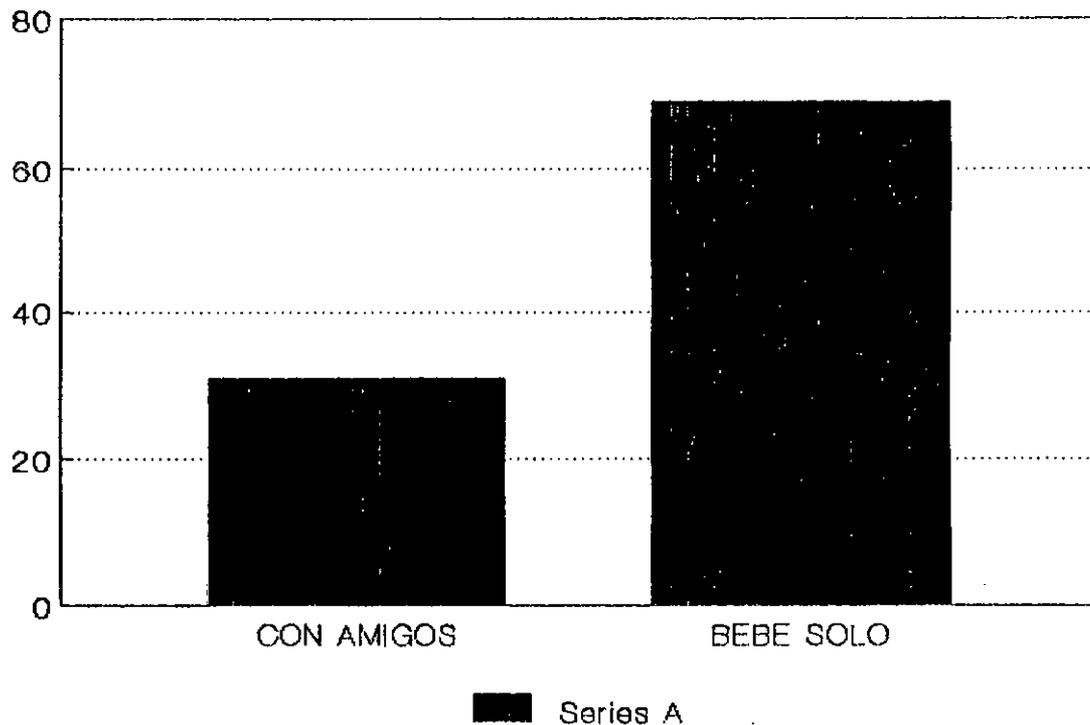
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONDICIONES QUE RODERON LA  
 INGESTA ACTUAL DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PATRONATO  
 ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU DEPARTAMENTO  
 DE PSICOLOGIA, DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 1991.

Condiciones variables	f	%
Con amigos	36	31.034
Bebe solo	80	68.965
	No. 116	99.999

**Fuente:** Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcólico de Guatemala, correspondiente al Periodo enero - junio de 1991.

**Muestra:** 116 unidades de análisis.

## CONDICIONES QUE RODEAN LA INGESTA ACTUAL EN PACIENTES DE SEXO M. INTERNADOS



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 16

## CUADRO No. 17

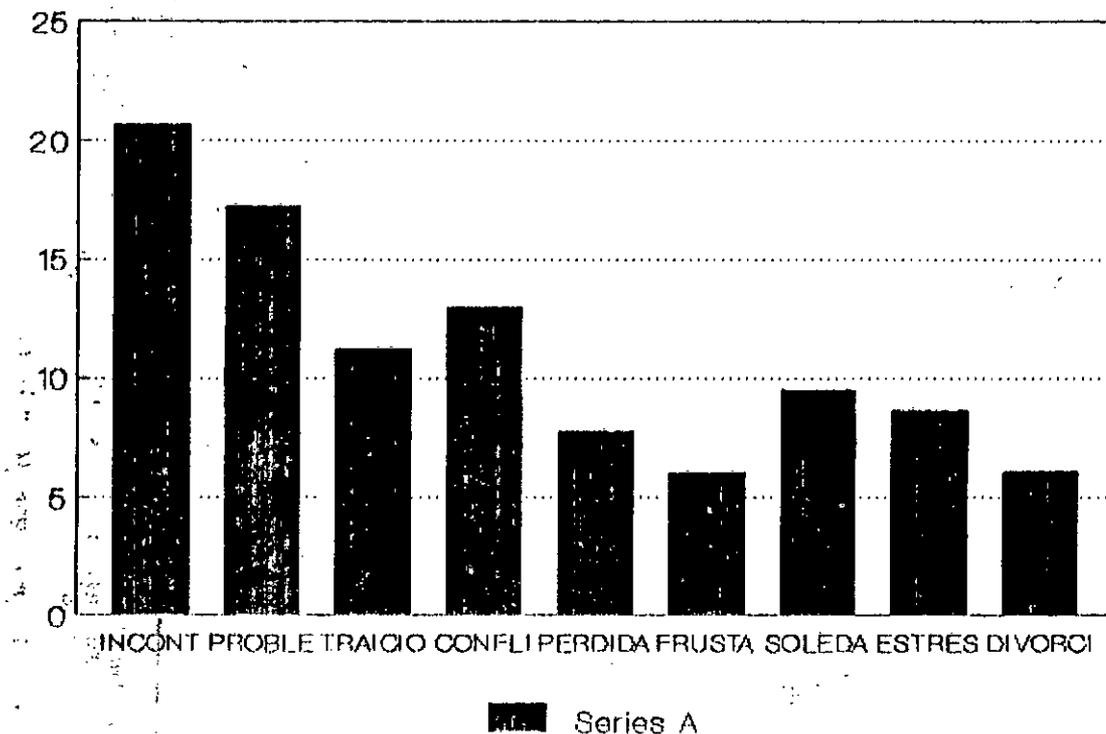
- FORMA DE BEBER -  
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CONDICIONANTES O CAUSAS QUE  
 RODEARON LA INGESTA ACTUAL DE PACIENTES INTERNADOS EN EL  
 PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA Y ATENDIDOS POR SU  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO  
 DE 1991.

Condicionantes, causas o motivos de la ingesta actual variables	f	%
Deseo incontrolado	24	20.689
Olvidar problemas	20	17.241
Infidelidad de cónyuge	13	11.206
conflicto familiar	15	12.931
Pérdida parental	9	7.758
Frustración de vida	7	6.034
Soledad y vacío existencial	11	9.482
Estres laboral	10	8.620
Divorcio o separación	7	6.035
	N = 116	99.996

**Fuente:** Archivos del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala, correspondiente al Periodo enero - junio de 1991.

**Muestra:** 116 unidades de análisis.

## CONDICIONES O CAUSAS QUE RODEARON LA LA INGESTADE PACIENTES DE SEXO M.



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 17

## CUADRO No. 18

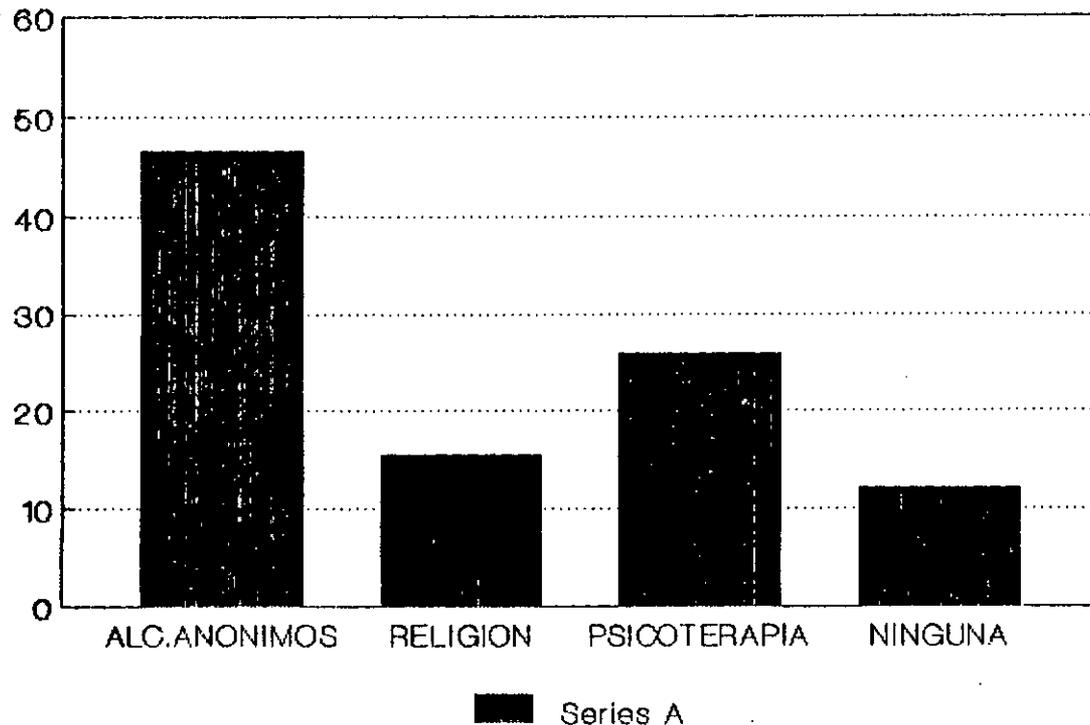
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ALTERNATIVAS PARA DEJAR LA  
 BEBETORIA, MANIFESTADAS POR PACIENTES INTERNADOS EN EL  
 PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, Y ATENDIDOS POR SU  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE EL PERIODO ENERO - JUNIO  
 DE 1991

Alternativas variables	f	%
Alcohólicos Anonimos	54	46.551
Religión	18	15.517
Psicoterapia	30	25.862
Ninguna	14	12.068
	N = 116	99.998

Fuente: Archivos del Departamento de Psicología de Patronato  
 Antialcohólico de Guatemala, correspondientes al  
 periodo enero - junio de 1991.

Muestra: 116 unidades de análisis.

## ALTERNATIVA PARA DEJAR LA BEBETORIA MANIFESTADA POR PACIENTES DE SEXO M.



DATOS TOMADOS DEL CUADRO No. 18

Cuadro No.19

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE 30 CASOS SOBRE FACTORES  
PSICODINAMICOS DE REINCIDENCIA EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL  
PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO  
ENERO-JUNIO DE 1991.**

Variables Relacionadas con el problema Herida Narcisista primaria.		
	No. de Casos	%
1. Solo Abandono	1	3.33
2. Solo Rechazo	0	0.00
3. Solo Identificación Inadecuada	0	0.00
4. Solo Aislamiento	7	23.33
5. Abandono y Rechazo	1	3.33
6. Abandono e Identificación Inadecuada	2	6.67
7. Abandono y Aislamiento	2	6.67
8. Rechazo y Aislamiento	2	6.67
9. Abandono-Rechazo e Identificación Inadecuada	5	16.66
10. Rechazo-Identificación Inadecuada Aislamiento	3	10.00
11. Abandono-Rechazo y Aislamiento	1	3.33
12. Abandono-Rechazo, Identificación Inadecuada y Aislamiento	7	23.33
13. Ninguno de los Anteriores	2	6.67
	No. 30	100.00

(1) Fuente: Archivo del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala.

Muestra: 30 unidades de análisis.

Cuadro No. 20

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE 30 CASOS SOBRE FACTORES  
PSICODINAMICOS DE REINCIDENCIA EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL  
PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO  
ENERO-JUNIO DE 1991.**

Variables Relacionadas con problemas De Ajuste.		
	No. de Casos	%
1. Solo Promiscuidad sexual	2	6.67
2. Solo Ocupación no Calificada	0	0.00
3. Solo Cambio Caractereológico ante la bebida.	8	26.67
4. Solo Familia Desintegrada	1	3.33
5. Ocupación y Cambio Caractereológico ante la bebida.	5	16.66
6. Cambio Caractereológico ante la bebida y familia desintegrada	3	10.00
7. Promiscuidad sexual-Ocupación no calificada y Cambio Caractereológico ante la bebida	1	3.33
8. Ocupación no calificada-cambio caractereológico ante la bebida y Familia Desintegrada.	4	13.33
9. Promiscuidad sexual-cambio caractereológico y familia desintegrada	1	3.33
10. Promiscuidad sexual-Ocupación no calificada-Cambio Caractereológico ante la bebida y Familia Desintegrada	5	16.66
11. Ninguno de los Anteriores	<u>0</u>	<u>0.00</u>
	30	100.00

(1) Fuente: Archivo del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala.

Muestra: 30 unidades de análisis.

Cuadro No.21

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE 30 CASOS SOBRE FACTORES PSICODINAMICOS DE REINCIDENCIA EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO DE GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO ENERO-JUNIO DE 1991.

Variables Relacionadas con la figura del padre Alcohólico		
	No. de Casos	%
1. Solo Afecto-Rechazo	3	10.00
2. Solo Violencia	0	0.00
3. Solo Hogar Desintegrado	2	6.57
4. Solo Irresponsabilidad	2	6.57
5. Hogar Desintegrado e Irresponsabilidad	5	16.66
6. Violencia y Hogar Desintegrado	1	3.33
7. Afecto-Rechazo e Irresponsabilidad	2	6.67
8. Violencia e Irresponsabilidad	1	3.33
9. Afecto-Rechazo, Hogar Desintegrado e Irresponsabilidad	5	16.66
10. Afecto-Rechazo, Violencia e Irresponsabilidad	1	3.33
11. Afecto-Rechazo, Violencia e Irresponsabilidad	1	3.33
12. Ninguna de los Anteriores	7	23.33
	<hr/>	<hr/>
	No. 30	100.00

(1) Fuente: Archivo del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico de Guatemala.

Muestra: 30 unidades de análisis.

### 3.3 Perfil Integral de la Investigación

Con base en los resultados 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 15 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 mensuales, señalando que tienen un promedio de uno a cinco hijos. Iniciando su primera bebetoria entre los 15 y 19 años, por imitación o invitación de amigos, teniendo como satisfactores el 50% alegría y bienestar, así como seguridad en sí mismo. Consideran que cuando la enfermedad progresó hacia un periodo intermedio en un 80% se dio entre las edades de 20 a 30 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 inicia sus bebetorias solo. Aludiendo como causa un deseo incontrolado por la bebida; olvidar problemas, conflictos familiares, infidelidad del cónyuge, decidiendo que sus alternativas para dejar de beber lo constituyen en primera instancia A.A. y en segundo la Psicoterapia.

Además se identificó que la muestra específica para la presente investigación, alrededor del 23% deben el origen a aislamiento emocional (narcisismo primario). Los problemas de ajuste de personalidad están presentes en un 26.67%, en cuanto se refiere al cambio caractereológico ante la bebida.

En la variable de Padre Alcohólico, existe una distribución de 16% que lo constituyen: falta de afecto y rechazo, familia desintegrada y la irresponsabilidad paterna que se manifestó en los hogares de procedencia de los paciente objeto de estudio.

Con base a lo anterior, se puede inferir que estos factores pueden ser causales de la reincidencia en la bebetoria de los pacientes internados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala.

## CAPITULO IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### 4.1 Resultados del Servicio

#### 4.1.1. Logros Alcanzados

El servicio que presentan los epesistas en el Patronato Antialcohólico, se realiza en dos niveles:

- 1) De prevención a nivel primario dirigido a la población en riesgo, estudiantes de primaria y secundaria, agrupaciones sociales, culturales y de servicio e instituciones privadas y estatales.
- 2) Psicoterapéutico a nivel terciario y secundario, dirigidos a pacientes internos y externos.

El nivel psicoterapéutico, es quizá el servicio más destacado en cuanto a volúmen de trabajo, en este sentido el servicio de atención a pacientes tanto internos como externos representó para el epesista un total de 256 horas, incluyendo la invertidas en psicoterapia familiar y de grupo, exceptuando las utilizadas en asesoría de administración del servicio, y en especial las que se dedicaron a la discusión de casos, que dieron un total de 78 horas.

La actividad del servicio es una de las más enriquecedoras para la formación, tanto profesional como personal para el epesista, la cual se desarrolló en el Patronato Antialcohólico durante el período del 1 de Marzo de 1991 al 29 de febrero de 1992. Actividades para el epesista como a la ayuda eficaz dirigida, coadyuvaron tanto

a la formación profesional de epesista como a la ayuda al paciente, lo que conjugado dió como resultado un servicio de primera calidad y al no dudarlo prestigio para la Institución.

En el Nivel de Prevención se abarcó un total de 20 horas, empleadas a ofrecer conferencias a poblaciones en riesgo, siendo en su mayoría estudiantes adolescentes, los resultados son obvios, se logró evaluar el nivel de comprensión, lo que se proyectó al bienestar personal y social de los educandos.

#### 4.1.2. Limitaciones Encontradas

Uno de los problemas que más influyó en la prestación del servicio, fue el desfase que hubo en el mes de Julio de 1991, cuando se cambió al Supervisor Coordinador y el sistema de asignación, que bajo la captación de pacientes, evidenciada hasta el presente.

El anterior sistema aún siendo empirico deja la oportunidad de captar más pacientes, no se dice que el actual no sea lo mejor, le hace falta combinarlo con la concientización previa del personal médico y paramédico hacia los pacientes, para hacerlo totalmente eficaz. Otro aspecto es el estado físico de la institución, existen tres clínicas psicológicas, pero solo dos de ellas estan habilitadas, de las cuales solo una resulta acogedora y con iluminación adecuada.

Finalmente es de señalar que los estudiantes practicantes y epeistas deben de aportar las pruebas proyectivas, siendo necesario que la institución, apoye en este sentido, ya que de la misma forma pasarán automáticamente a los archivos internos.

#### 4.2 Resultados de la Docencia

##### 4.2.1 Logros Alcanzados:

La experiencia docente en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, fue especial y dinámica, se cumplieron en un 80% los objetivos trazados en el proyecto inicial.

En primer lugar, se debe mencionar que las planificaciones realizadas por los epeistas juntamente con el coordinador, respecto a las tareas docentes fueron ejecutadas, coadyuvando al crecimiento profesional de los epeistas, así como los estudiantes practicantes del centro.

La implementación teórica realizada durante el Ejercicio Profesional Supervisado cumplió su cometido; debido a que el 80% de los estudiantes mostraron claros signos de superación en cuanto a su abordamiento Psicoterapéutico, así como en el conocimiento del síndrome de alcohol-dependencia.

##### 4.2.2 Limitaciones Encontradas:

La principal limitación en cuanto al Departamento de Psicología en lo referente a implementación y docencia, la constituye la falta de medios bibliográficos adecuados, ya que no se cuenta con recursos para el desarrollo de

programas específicos, y los que existen son limitados.

#### 4.3 Resultados de la Investigación:

Los resultados obtenidos de la muestra seleccionada, se describen a continuación:

##### - 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% oscilan entre los 30 y 34 años de edad. Las mayores frecuencias estriban en un 54% comprendiendo pacientes entre los 30 y 34 años de edad. En conjunto las mayores frecuencias estriban en un 54% comprendiendo pacientes de entre 30 y 45, concordando con lo expuesto por Noyes-Kolb y por J.S. Madden. (1) 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. (2) afirma que la mayor incidencia recae en personas viudas, separadas y divorciadas. En la investigación efectuada en el interior del Patronato, se

(1) Kolb Lawrence "Psiquiatría Clínica Moderna", Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1,985. p.p. 7

(2) Madden, J.S. "Alcoholismo y Fármaco dependencia" Edit. El Manual Moderno S. A. de C. V. México 1,990 p.p. 7

encontró la mayor inconciencia en pacientes casados en 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 redunda en la Procedencia pues es notorio la mínima diferencia entre la urbana y rural, a penas 6 puntos porcentuales, prueba irrefutable del efecto de dicha crisis a nivel nacional. **Lo Social:** es incuestionable que el factor económico repercute en lo social, pues las expectativas de mejoría social y aún la interrelación se frustran y ... Quienes son los más afectados, simple: personas con Ocupaciones tales como profesionales medios (34%), obreros (28%) y pequeños comerciantes (21%) con Ingresos de entre 600 y 1,000 Quetzales (81%), situación aún más agravada por tener que sostener un hogar compuesto por dos mayores (a veces más) y entre uno y cuatro hijos (66%), presupuesto que, de acuerdo con el mínimo vital en vigor, según la Ley de Impuestos Sobre la Renta en Guatemala, ocasiona un severo déficit. Al final la frustración en el terreno Psicológico, origina angustia, desesperación, que por lo dicho antes es llamado "el mal del siglo".

FORMA DE BEBER: Ingesta Previa a la Hospitalización,  
expresada en días: (cuadro y gráfica No. 4)

El cuadro No. 4 empieza por expresar que 68% antes de ser internados esta última vez, bebieron entre uno y quince días, período denominado en nuestro lenguaje popular como "furia". El restante 32% estuvo ingiriendo licor entre 16 y 90 días en forma más espaciada, pero sostenida. Al respecto, no existen datos teóricos consistentes y adaptados 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 uno y 15 días continuos.

**Primera Ingesta y sus Edades: (Cuadro y gráfica No. 8)**

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), (3) 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. La diferencia mínima es probable que resida en la mayor permisibilidad de las sociedades objeto de la teoría, en comparación con la muestra, en donde los valores morales y religiosos aún ejercen presión.

---

(3) Kolb, Lawrence, *Ibid* p.p 707.

Condiciones, Condicionantes y satisfactores de la primera Ingesta (fase pre-alcohólica: (cuadros y gráficas Nos. 9, 10, 11)

Las condiciones y circunstancias más habituales que rodean la primera ingesta, son generales a todo lugar del mundo, con excepción de aquellos países en que, por su cultura y religión, como los orientales, la iniciaron llevando otro proceso, según lo afirmado por Castilla del Pino. (4)

Para nuestro medio 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 Condicionantes, 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; le sigue el deseo de probar (15%) o sea la imitación de los que otros hacen.

Finalmente, los satisfactores más destacados por los internos fueron: Sentir Alegría y Bienestar (efecto desinhibidor) un 52% Seguridad en Si Mismo (Potenciación de la agresividad oculta o evasión, según Castilla de Pino) con un 15%.

(4) Castilla Del Pino, Carlos Documento para Docencia reproducido por el Patronato Antialcohólico, con base en el texto "Vieja y nueva Psiquiatría" cap.7.

Edades, Condiciones, Condicionantes Causas o Motivos y no satisfactores del Lapso Intermedio de la Bebetoria: (Cuadros y gráficas Nos. 12, 13 y 14)

Debido a que la enfermedad alcohólica es progresiva, la etapa o lapso intermedio comprende la fase prodómica 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 tienen 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 fuerte 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 señala Kolb, son "Individuos que tienen rasgos de personalidad inadecuada o de pasivo o agresiva, 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 periodos de embriaguez o hacen que el individuo vuelva a tomar cuando intenta dejar la bebida" (Mayfield y Montgomery, 1,972). (5)

Edades, condicines 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%), pero la muestra, al sumar los resultados que contienen la mayor frecuencia y porcentaje, evidencia una edad para la cronicidad que va desde los 31 a los 50 años y cubre un 63% en total. Ello encaja perfectamente en los 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 Bebe solo en un 60% y sólo un 31% lo hace con amigos.

Esto constituye prueba contundente de lo afirmado por Carlos Castilla del Pino, quien dice "la realidad sobrepasa

---

(5) KOLB, LAURENCE. Ibid.pp.710.

en 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.10)

Los pacientes internados en el Patronato Antialcohólico expresan como sus alternativas para dejar de beber, las siguientes: Alcohólicos Anónimos es 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. (6).

4.3.1 Resultados de la Investigación Específica

Factores Psicodinámicos de Reincidencia de los Pacientes Internados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala.

Factores Psicodinámicos relacionados con la Herida Narcisista Primaria (Cuadro No. 19)

Las causas más elevadas que se encontraron, producto del proceso denominado Herida Narcisista Primaria fue el Aislamiento Emocional 23%, de las 30 unidades de análisis que según Jung y Kretschmer provocan disociación de recuerdos y sus efectos para instalar lo que concuerda con los cuadros evidenciados en las unidades de análisis. Posteriormente, y casi en secuencia se encontró que el Abandono, el Rechazo y la Identificación Inadecuada 16.66% cada uno, se sucedieron en forma continua tal como lo mostraron los expedientes y como ocurrió realmente en las etapas tempranas de existencia en los pacientes internados.

- Factores Psicodinámicos relacionados con los Problemas de Ajuste (Cuadro No. 20)

Los Cambios Caractereológicos ante la Bebida en los problemas de ajuste fueron la causa de reincidencia más destacada en las 30 unidades de análisis 26.67%, esto se debe a que la personalidad del sujeto sufrió profundamente transformaciones a partir de haberse involucrado en bebetorias continuas y persistentes, según Freud, Spitz y otros 1973, esto es causa de malestar para la familia y amigos, por la conducta destructiva y agresiva confirmada en la realidad con los pacientes investigados; confirmando la Promiscuidad Sexual, Ocupación no Calificada, la Desintegración Familiar 16.66% cada uno, resultó ser consecuencia de la primera (Cambios Caractereológicos ante

la Bebida) pues el individuo, por no tener afirmada su personalidad por la bebetoria y habiéndose sucedido transformaciones sustanciales sin que su personalidad estuviera bien estructurada, pretende reafirmarse con mantener múltiples Relaciones Sexuales con diversas personas, no desarrollando Habilidad Laboral y por lo regular proviene de Hogares Desintegrados, circunstancia que se repite en su propia vida conyugal, esto no sólo se confirma en la sociedad guatemalteca sino también lo avala Sulla Wolff y Knight 1,970.

- Factores Psicodinámicos Relacionados con la Figura del Padre ( Cuadro No. 21).

Los problemas de Afecto-Rechazo, la Desintegración del Hogar y la Irresponsabilidad 16.66% cada una) son las variables que destacan. Es innegable que el tener una figura paterna alcohólica como modelo, originan en el niño la imitación de sus conductas según lo que indica el diccionario de Psicología Oceano, más lo postulado por Knight y Sulla Wolff 1973 apoya suficientemente los hallazgos en las 30 unidades de análisis.

Como corolario, se puede decir que en los casos de los pacientes investigados, la pobre estructuración de la personalidad cuyo origen estriba en los Factores Psicodinámicos descritos son causa de su reincidencia en la bebetoria.

**CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES****5.1. Conclusiones:****5.1.1. Del Servicio:**

- El servicio psicológico que se brinda en el Patronato Antialcohólico, a través del Ejercicio Profesional Supervisado fue una experiencia de mucha utilidad, en donde se tuvo la oportunidad de obtener conocimientos acerca del problema del alcoholismo y llevarlos a la práctica por medio del abordamiento terapéutico.

- El Departamento de Psicología juega un papel de suma importancia dentro de la atención multidisciplinaria, que se realiza en el Patronato Antialcohólico, ya que es a través de este medio, que el Servicio Psicológico se proyecta no sólo hacia los pacientes internos, sino a los que requieren la atención en forma externa. En cuanto a este último rubro la atención fue satisfactoria, puesto que de un total de 286 pacientes asignados se evaluaron 95 internos y 57 externos, brindando asesoría para 53 casos y participando en la atención primaria en dos importantes pláticas, computando un total de 257 horas de atención efectiva a la población alcohol-dependiente.

**5.1.2 De la Docencia:**

- A través de la docencia se tuvo la oportunidad de

ampliar y mejorar los conocimientos teóricos, acerca de la Psicología como ciencia y, específicamente en los distintos métodos de abordamiento terapéutico.

- Se ofreció implementación y orientación teórica práctica del síndrome alcohol-dependencia, en donde se obtuvieron resultados satisfactorios observados en las distintas evaluaciones realizadas a los estudiantes practicantes en el transcurso del año, cubriéndose un total de 102 horas.

#### 5.1.3 De la Investigación:

- De la muestra general objeto de investigación integrada por 116 Unidades de Análisis, se obtuvieron datos que constituyen significativos hallazgos, puesto que si la teoría dice que la edad de la bebetoria más fuerte se encuentra entre los 30 y 50 años, la muestra indicó entre 30 y 49 años, siendo las personas casadas las más afectadas y que a su vez son profesionales medios los de mayor incidencia.

- Cabe destacar que en nuestro medio el inicio de la bebetoria se da a partir de los 15 años y, hasta la fase prodrómica, la motivación fue la invitación de amigos y los satisfactores alegría y bienestar para más del 50%.

- El cuadro crónico coincide en su totalidad con los

aportes teóricos destacándose en un 67% en que los pacientes que beben solos se descontrolan en su bebetoria y los conflictos patológicos afloran en toda su magnitud.

- Además, a la muestra de las 30 unidades de análisis dentro de los factores psicodinámicos como Herida Narcisista, las causas más elevadas producto del proceso denominado aislamiento emocional el 23%. Posteriormente y casi en secuencia se encontró que el abandono, rechazo y la identificación inadecuada es de 16.66% cada uno.

- En cuanto a los Factores Psicodinámicos relacionados con los Problemas de Ajuste fue el 26.67% de los 30 casos investigados, los cambios caractereológicos ante la bebida fueron la causa ante la reincidencia más destacada. Confirmando la promiscuidad sexual, ocupación no calificada, la desintegración familiar en 16.66% cada uno, resultando ser consecuencia de la primera (cambio caractereológico ante la bebida).

- Con respecto a los Factores Psicodinámicos relacionados con la Figura del Padre, el afecto-rechazo, la desintegración del hogar y la irresponsabilidad en 16.66% cada uno son las variables más destacadas.

- Los resultados obtenidos por medio de la investigación, sobre el síndrome alcohol-dependencia concuerdan con la teoría que lo sustenta.

- Asimismo, se encontró que la muestra objeto de estudio evidenció un porcentaje significativo, en relación al síndrome alcohol-dependencia y los Factores Psicodinámicos que inciden en las bebetorias de los pacientes internados en el Patronato Antialcohólico de Guatemala. Esto se pudo comprobar a través del análisis realizado sobre los aspectos fundamentales del desarrollo de la personalidad, en donde la psicodinamia es determinante en el ajuste o desajuste de la Psiquis.

- Se puede evidenciar que los patrones de crianza pueden incidir en que la persona adquiera el síndrome de alcohol-dependencia, debido a que la identificación se da por medio de las figuras significativas, tal es el caso, del Padre Alcohólico.

## 5.2. Recomendaciones

- Que el Patronato Antialcohólico de Guatemala, juntamente con otras Entidades de proyección social, aunen esfuerzos para promover, difundir e informar las causas y consecuencias del síndrome alcohol-dependencia a nivel nacional. Especialmente y en carácter de prioridad, crear programas dirigidos a la población adolescente por ser la de alto riesgo en caer en situaciones condicionantes hacia la bebida.

- Que la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través

de sus distintas unidades académicas cumplan su función social, realizando estudios de los distintos problemas que aquejan a la población guatemalteca, ya que el síndrome de alcohol-dependencia es una sumatoria de todos éstos.

- Se recomienda que la Escuela de Ciencias Psicológicas incluya dentro de sus currícula (en el área clínica), aspectos teóricos y métodos de abordamiento del síndrome alcohol-dependencia, para que el estudiante de Psicología, no sólo conozca el problema, sino aprenda cómo abordarlo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- AJURRIA GUERRA, J. "Manual de Psiquiatría Infantil" 4a. Edición, Editorial Masson, Barcelona 1,983.
- 2- ARANA QUAN, Héctor y Argentina Zelada, "Análisis de las causas Psicosexuales por las que el Estudiante de Psicología de la Universidad de San Carlos, selecciona esta carrera", tesis 1,991.
- 3- BOGANI, MIGUEL EMILIO. "Alcoholismo una Enfermedad Social" plaza & Janes Editores, S.A. Barcelona 1,976.
- 4- CASTILLA DEL PINO, CARLOS Folleto Reproducido para docencia por el patronato Antialcohólico, del Texto "Vieja y Nueva Psiquiatría" Capitulo 7, 1,990.
- 5- CLARK, W.G. y Cols. "Principios de Psicofarmacología" Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1,874.
- 6- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1,984.
- 7- DORSCH, FRIEDRICH, "Diccionario Psicología" Editorial Herder. Barcelona, España 1,981.
- 8- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO DICCIONARIO. Ediciones Oceano Exito S.A. Barcelona.
- 9- ESTATUTOS, PATRONATO ANTIALCOHOLICO. Acuerdo Gubernativo del 24 de junio de 1,946.
- 10- FREUD, S. "Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva Madrid 1,973.
- 11- KOLB, LAWRENCE. "Psiquiatría Clínica Moderna," Editorial La Prensa Médica Mexicana 1,985.

- 12- LAPLANCHE J.B. PONTALIS. "Diccionario de Psicoanálisis"  
El Manual Moderno S.A. de C.V. Mexico 1.990.
- 13- MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia"  
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México 1.990.
- 14- MASARIEGOS, ROBERTO. Material Visopedagógico" sobre  
Alcoholismo y Drogadicción (tablas estadísticas, Cuadros  
Sinópticos, etc. Guatemala 1.989-91.
- 15- NATARENO DE MENA, EVELYN ILEANA. "Trastornos de  
personalidad de la Conyuge del Alcoholismo" Tesis 1.982  
U.R.L.
- 16- SOLOMON, PHILIP- PATCH, VERNON. "Manual de Psiquiatría"  
Editorial e Manual Moderno S.A. de C.V. México 1.988.
- 17- SULLA WOLFF. "Trastornos Psiquicos del Niño Causas y  
Tratamientos" Siglo veintiuno editores, México S.A. de  
C.V. 1.979.

## INDICE

CAPITULO I	ANTECEDENTES	Páginas
1.1	DESCRIPCION DE LA INSTITUCION	1
1.1.1	Historia y objetivos	1
1.1.2	Ubicación física	3
1.1.3	Organización	3
1.1.3.1	Departamento de Contabilidad y Caja	3
1.1.3.2	Asistencia Administrativa	3
1.1.3.3	Departamento Médico	4
1.1.3.4	Departamento de Psicología	4
1.1.3.5	Consejeros Antialcohólico	6
1.1.4	Aportaciones y limitaciones de la Institución	7
1.2	DESCRIPCION DEL PROBLEMA PRINCIPAL	8
1.2.1	Características del Alcohol y del Alcoholismo	8
1.2.2	Incidencia del Alcoholismo	18
1.2.3	Efectos del Alcoholismo	19
1.2.4	Tablas de la situación actual del alcoholismo	27
1.3	DESCRIPCION TEORICA DEL PROBLEMA A INVESTIGAR	31
1.3.1	Factores psicodinámicos	31
1.3.2	Modelos clínicos descriptivos	34
1.3.3	Modelos psicopatológicos	36
1.3.4	Interpretaciones psicodinámicas	37
1.3.5	Enfoque Integral Psicodinámico del Alcoholismo	39

## CAPITULO II METODOLOGIA GENERAL DE ABORDAMIENTO

	Páginas
2.1 Planteamiento del problema	47
2.2 Objetivos del ejercicio profesional supervisado	48
2.2.1 Objetivo general del ejercicio profesional supervisado	49
2.2.2 Objetivos específicos	49
2.2.2.1 Objetivos específicos del servicio	49
2.2.3 Objetivos específicos de docencia	50
2.2.4 Objetivos específicos de la investigación	50
2.3 Metodología del servicio, docencia y de investigación	50
2.3.1 Metodología del servicio	50
2.3.2 Metodología de la docencia	51
2.3.3 Metodología de la investigación	53
2.3.3.1 Universo utilizado	53
2.3.3.2 Muestra escogida	53
2.3.2.1 Técnica de análisis de contenido	53
2.3.4 Técnica de investigación	54
2.3.5 Definición de Variables	55
2.3.5.1 Variables generales del problema alcohol-dependencia	55
2.3.5.2 Factores o variables psicodinámicos de reincidencia	57
2.3.5.3 Factores o variables generales	57

	Páginas
2.3.5.4 Factores o variables específicas	58
 CAPITULO III PRESENTACION DE RESULTADOS	
3.1 Cuadros quincenales del servicio y docencia	62
3.2 Cuadros y gráficas de los resultados de la investigación	65
3.2.4 Perfil integral de la investigación	104
 CAPITULO IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
4.1. Resultados del servicios	106
4.1.1 Logros alcanzados	106
4.1.2 Limitaciones encontradas	107
4.2 Resultados de la docencia	108
4.2.1 Logros alcanzados	108
4.2.2 Limitaciones encontradas	108
4.3 Resultados de la investigación general	109
4.3.1 Resultado de la investigación específica	115
 CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	118
5.1.1 Conclusiones del servicio	118
5.1.2 Conclusiones de la docencia	118
5.1.3 Conclusiones de la investigación	119
5.2 Recomendaciones	121
Referencias bibliográficas	123

## INDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS

TABLAS	Páginas
A Defunciones por alcoholismo como causa primaria	27
B Muertos y heridos por accidentes de tránsito ocurridos bajo efectos de alcohol -1988	27
C Muertes por intoxicación alcohólica -1988	28
D Estimación epidemiológica de fallecimientos por alcohol.	28
E Cuantificación de delitos cometidos bajo efectos de licor.	28
F Porcentaje de responsabilidad en delitos cometidos bajo efectos de alcohol -1988	29
G Trastornos psiquiátricos más comunes en el país	29
H Producción de bebidas alcohólicas en el país estimadas en litros	30
I Recaudación en impuesto por consumo de licores en los años 1987 - 1988	30
J Cuadros quincenales de servicio y docencia	62
K Cuadros quincenales de servicio y docencia	63
L Cuadros quincenales de servicio y docencia	64
<b>CUADROS Y GRAFICAS</b>	
1 Edad actual de los internados	65
2 Estado civil	67
3 Procendencia	69
4 Ocupación y oficios	71
5 Ingresos económicos	73
6 Número de hijos	75
7 Duración de la ingesta previa a la hospitalización	77

2.3.5.4	Factores o variables específicas	Páginas 58
CAPITULO III PRESENTACION DE RESULTADOS		
3.1	Cuadros quincenales del servicio y docencia	62
3.2	Cuadros y gráficas de los resultados de la investigación	65
3.2.4	Perfil integral de la investigación	104
CAPITULO IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS		
4.1.	Resultados del servicios	106
4.1.1	Logros alcanzados	106
4.1.2	Limitaciones encontradas	107
4.2	Resultados de la docencia	108
4.2.1	Logros alcanzados	108
4.2.2	Limitaciones encontradas	108
4.3	Resultados de la investigación general	109
4.3.1	Resultado de la investigación específica	115
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	118
5.1.1	Conclusiones del servicio	118
5.1.2	Conclusiones de la docencia	118
5.1.3	Conclusiones de la investigación	119
5.2	Recomendaciones	121
	Referencias bibliográficas	123

## INDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS

TABLAS	Páginas
A Defunciones por alcoholismo como causa primaria	27
B Muertos y heridos por accidentes de tránsito ocurridos bajo efectos de alcohol -1988	27
C Muertes por intoxicación alcohólica -1988	28
D Estimación epidemiológica de fallecimientos por alcohol.	28
E Cuantificación de delitos cometidos bajo efectos de licor.	28
F Porcentaje de responsabilidad en delitos cometidos bajo efectos de alcohol -1988	29
G Trastornos psiquiátricos más comunes en el país	29
H Producción de bebidas alcohólicas en el país estimadas en litros	30
I Recaudación en impuesto por consumo de licores en los años 1987 - 1988	30
J Cuadros quincenales de servicio y docencia	62
K Cuadros quincenales de servicio y docencia	63
L Cuadros quincenales de servicio y docencia	64
<b>CUADROS Y GRAFICAS</b>	
1 Edad actual de los internados	65
2 Estado civil	67
3 Procendencia	69
4 Ocupación y oficios	71
5 Ingresos económicos	73
6 Número de hijos	75
7 Duración de la ingesta previa a la hospitalización	77