

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**" LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS
PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL
PATRONATO ANTIALCOHOLICO**

**Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado
Presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

POR

HUGO FERNANDO ERAZO ESPAÑA

**Previo a Optar al Título de Psicólogo
en el grado académico de Licenciatura**

Guatemala, Septiembre 1994.

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

**BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO**

DL

13

†(727)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
DIRECTOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO

Licenciado Luis Mariano Codoñer castillo
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

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

REG. 1256-93

CODIPs. 427-94

DE IMPRESION INFORME FINAL EJERCICIO
PROFESIONAL SUPERVISADO EPS.

21 de septiembre de 1994

Señor Estudiante
Hugo Fernando Krazo España
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el punto DECIMO OCTAVO (18o.) del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y CUATRO (27-94) de Consejo Directivo, de fecha 13 de septiembre en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS, titulado: "LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO.", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

HUGO FERNANDO KRAZO ESPANA

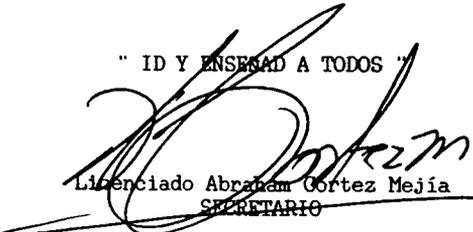
CARNET No.86-13665

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Luis Alberto Vallejo Ruiz y revisado por el Licenciado Erick Amílcar Gudiel Corzantes.

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





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 7M-5, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760780-84 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

RECIBIDO
09 SET. 1994

R-18-15 HORA

Reg. 1526
E.P.S. 092-94

9 de septiembre de 1994

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Miembros:

Atentamente hago de su conocimiento que el Licenciado Luis Alberto Vallejo Ruiz, ha concluido con la asesoría y supervisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado titulado: "LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO", realizado por el estudiante HUGO FERNANDO ERAZO ESPANA, con No. de Carnet 86-13665. Así mismo se informa que por razones de adecuarse en mejor forma al Proyecto ejecutado, se realizó una modificación al nombre del mismo.

Por lo anterior expuesto, solicito se continúe con los trámites respectivos.

De ustedes, atento servidor,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

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

c.c.: Archivo

EGC/blm

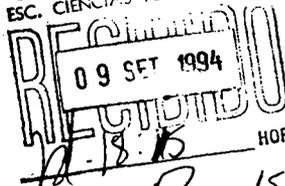




ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



A.B.B. HORA.
Reg. 1526

E.P.S. 091/94

9 de septiembre de 1994

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Miembros:

De manera atenta informo a ustedes, que se llevó a cabo la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado denominado: "LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO", realizado por el estudiante HUGO FERNANDO ERAZO ESPANA, Carnet No. 86-13665.

El trabajo referido cumple con los requerimientos establecidos por este Departamento, por lo cual brindo mi dictamen de APROBACION a la revisión del Informe Final de E.P.S.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Erick Gudiel Corzantes
Licenciado Erick Gudiel Corzantes
REVISOR E.P.S.



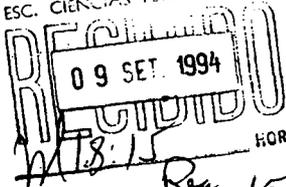
EGC/blm



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIOS "M-B, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760990-94 Y 760988-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

c.c. Archivo

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Reg. 1526.
Agosto 8 de 1,994

Licenciado
Erick A. Gudiel Corzantes
Jefe del Departamento de E.P.S.
Su Despacho

Estimado Licenciado:

Me permito enviarle un cordial saludo e informarle que he concluido la asesoría y supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado y la elaboración del Informe Final respectivo del estudiante **HUGO FERNANDO ERAZO ESPAÑA**, carnet universitario No. 86-13665, quien realizara el mismo en el Patronato Antialcohólico de Guatemala e incluye en el Informe la investigación "**LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO**". Dada la calidad del trabajo, se introducirá como material bibliográfico en el Centro y me permito solicitar felicitación especial al mismo al Consejo Directivo.

Por consiguiente, me permito brindar mi total **APROBACION** al mismo, remitiéndolo a su despacho para el proceso administrativo y de graduación respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Luis Alberto Vallejo Ruiz, M.Ed.
ASESOR - SUPERVISOR

LAVR/nldo



**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

EDIFICIOS: "M S.M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 766700-04 Y 766056-06.
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
DEDIPs.
Asesor
Archivo

REG. 1298-91

CODIPs. 158-91

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

Junio 10 de 1991

Estudiante
Hugo Fernando Erazo España
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

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

"VIGESIMO SEGUNDO: 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:

HUGO FERNANDO ERAZO ESPAÑA

CARNET No. 86-13665

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 Landa
SECRETARIO

DEDICATORIA

**Con profundo amor, respeto y admiración dedico este acto a
mis padres:**

**JULIO ERAZO
RAQUEL ESPAÑA FLORES DE ERAZO**

fuente de mis más altos principios y cualidades.

a mis hermanos:

**ELSA AZUCENA
OTILIA ESPERANZA
KARIN RAQUEL
JULIO ERNESTO
ANTONIO ALCIDES**

ejemplo de constancia, comprensión y cariño.

**A mi abuelita:
Rosalbina Flores Valdes
con mucho amor.**

AGRADECIMIENTO

Agradesco a Dios todas sus bendiciones.

A mis padres, hermanos y parientes, que apoyaron positivamente mis estudios.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Al personal docente y administrativo de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

A las autoridades y al personal del Patronato Antialcohólico, así como a los pacientes atendidos.

A mi buen amigo David Marroquín, por su esmero en el levantado de texto.

A doña Ami Reyes González por su gran apoyo moral y espiritual.

A mis compañeros de promoción, especialmente a quienes se constituyen en madrinas de mi graduación.

A todos mis amigos y amigas que me han apoyado afectivamente, especialmente a mi grupo "Teatro Facetas" .

PADRINOS

Licda. Ileana Bolaños

Licda. Blanca Rebeca López Pineda

Licda. María Eugenia Barahona Jácome

INTRODUCCION

Históricamente el hombre ha utilizado diversas sustancias para lograr estímulos en su vida. La utilización del alcohol etílico se ha generalizado a nivel mundial, expandiendo sus consecuencias psicosociales y fisiológicas de manera alarmante.

En Guatemala las condiciones socioeconómicas de vida, el nivel educativo y las influencias culturales, refuerzan y estimulan el consumo inmoderado de la bebida en una sociedad transculturizada, que se desvaloriza y genera problemas psicopatológicos. No obstante, el Gobierno pareciera estar despreocupado ante el creciente deterioro social que este flagelo causa. El Patronato Antialcohólico de Guatemala, con una pequeña subvención del Estado ha emprendido desde hace varios años una lucha constante contra el alcoholismo a nivel preventivo y hospitalario; así como en coordinación con la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Ciencias Psicológicas ha implementado el programa de Ejercicio Profesional Supervisado en su Departamento de Psicología, con la finalidad de atender a la población afectada. En este contexto el presente informe de E.P.S. contiene un estudio del problema, las actividades realizadas y una investigación respecto a las principales limitaciones en la rehabilitación psicosocial de los pacientes alcohólicos de la Institución; como un aporte a la lucha contra el alcoholismo, y un estímulo para futuras investigaciones, que redunden en beneficio de los pacientes, de la Institución, y de nuestro país en general.

SINTESIS DESCRIPTIVA

El presente informe correspondiente al Ejercicio Profesional Supervisado efectuado de marzo de 1991 a marzo 1992, en el Patronato Antialcohólico de Guatemala, está constituido por cinco capítulos, en los que se incluye información del problema psicológico principal; la situación actual del alcoholismo en Guatemala, de acuerdo a los últimos registros existentes, y una explicación teórica de los factores que intervienen en el contexto de la investigación.

Se establece una metodología de abordamiento, con el planteamiento del problema; de los objetivos; cuantificación del universo y de la muestra seleccionada; los procedimientos estadísticos y una definición de las variables intervinientes. Así mismo, se presentan los resultados de las áreas abarcadas y un perfil integral de la investigación.

Posteriormente se realiza un análisis y discusión de resultados, específicamente del servicio, de la docencia y de la investigación, en base a los logros alcanzados y las limitaciones encontradas.

Por último, se establecen las conclusiones de cada una de las áreas y sus respectivas recomendaciones, dejando constancia de las consultas realizadas, y los instrumentos utilizados a través de las referencias bibliográficas y el anexo.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Descripción de la Institución.

1.1.1 Historia y Objetivos.

El Patronato Antialcohólico de Guatemala inició sus labores como entidad de servicio social el 15 de noviembre de 1,945, por iniciativa de 15 Guatemaltecos Altruistas, cuya visión era la de combatir el Alcoholismo y ayudar a las victimas a recuperarse. Con fecha 21 de julio de 1,946 lograron que el Gobierno del entonces Presidente Doctor Juan José Arévalo Bermejo emitiera el acuerdo Gubernativo de creación.

La Dirección de la institución estuvo a cargo de una Junta Directiva integrada por los aportadores. En 1,968 sus estatutos fueron revisados y modificados por acuerdo gubernativo, pero en el año de 1,986 debido a problemas en el interior de la entidad, el gobierno la intervino, nombrando una primera comisión interventora.

Son Objetivos Primordiales del Patronato antialcohólico:¹

- a) Promover, organizar y llevar a cabo en toda la República, la lucha contra el consumo immoderado 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 restringir convenientemente el alcoholismo.
- c) Recaudar, manejar e incrementar los fondos destinados a la realización de sus fines.

¹Datos extraídos de los Estatutos del Patronato para la lucha contra el Alcoholismo, Aprobados en Acuerdo Gubernativo del 24 de julio de 1,946.

- d) Difundir, por todos los medios a su alcance, las nociones relativas al alcoholismo, causas, manifestaciones y efectos.
- e) Crear, hasta donde le permitan sus propios recursos institucionales, dependencias dedicadas a combatir el alcoholismo individual.
- f) Cooperar en la actividad y funcionamiento de los establecimientos de la misma índole, sostenidos con fondos del Estado.
- g) Gestionar la interdicción o reclusión obligatoria de los ebrios consuetudinarios a quienes convenga aplicar esas medidas.
- h) Velar por los dependientes de los alcohólicos reclusos: así como por las esposas o hijos abandonados o maltratados por los adictos al alcohol.
- i) Establecer delegaciones del Patronato en las cabeceras departamentales, con el fin de que la campaña se lleve a efecto también fuera de la capital.
- j) Relacionarse asiduamente con las instituciones similares y con aquellas que, aún siendo de índole diferente, luchan también contra el alcoholismo.
- k) Estudiar las distintas fases que tiene el problema del alcoholismo en Guatemala, tanto desde el punto de vista de sus orígenes y alcances o extensión, como el de sus consecuencias, repercusiones sociales e individuales, medios prácticos para combatirlo, etc., elaborando las estadísticas del caso y llamando la atención tanto del público como de las autoridades acerca de dicho problema y sus varios aspectos.

1.1.2 Ubicación Física

El patronato antialcohólico de Guatemala, conocido también como liga Antialcohólica o Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico, se encuentra ubicado en Avenida Petapa y 23 calle 18-08 zona 12. Cuenta con Fácil acceso y una área de terreno que ofrece un ambiente amplio y tranquilo a los pacientes.

1.1.3 Organización

Actualmente, el Patronato Antialcohólico, en su calidad de entidad Intervenido por el Gobierno, está dirigida por una Comisión Interventora, integrada por un Presidente, un Coordinador Académico Profesional y un Auditor, quienes son los encargados de la planificación organización y control. Existen tres Departamentos y varias secciones especiales:

El Departamento Administrativo-Contable, es el encargado de llevar el control administrativo, de personal y de las finanzas de la Institución. Está integrado por un Contador General, un Encargado de Almacén, un Auxiliar de Auditoría y una secretaria, que también sirve a la Comisión Interventora.

El Departamento Médico y de Enfermería, está compuesto por tres médicos, distribuidos convenientemente en turnos; uno de ellos tiene asignada la función de médico director. Estos se encargan de evaluar y diagnosticar el estado de los pacientes al momento de su ingreso, ordenan el tratamiento que el caso amerita, manteniendo un estricto control diario sobre la evaluación y estado físico del paciente.

Al ingresar el paciente, la persona que lo acompaña brinda los datos generales e información de su bebetoria; posteriormente el médico efectúa un primer reconocimiento, determinando su estado físico, tomando en cuenta los siguientes factores:

- a) Pacientes con buen estado general y síntomas de intoxicación alcohólica aguda, no catalogada como grave.
- b) Pacientes con buen estado general y crisis de abstinencia con ausencia de signos alarmantes.
- c) Pacientes con crisis de ingestión aguda, que puedan manifestarse con estado de manía aguda, delirios y alucinaciones o presentando un cuadro patológico sobre-agregado como consecuencia o no del alcoholismo, por ejemplo: complicaciones del sistema nervioso, digestivo, desnutrición u otros.
- d) Cuando se presentan complicaciones que no pueden ser tratadas en la Institución, el paciente es referido a hospitales nacionales o privados.

El tratamiento médico básicamente consiste en la rehabilitación sistemática; es decir, la desintoxicación y restitución de vitaminas perdidas, así como control del estado nervioso y nutricional. Este Departamento cuenta además, con once enfermeros, hombres y mujeres que se encargan de la atención constante a los pacientes internos, alternándose en su rol de diferentes turnos diurnos y nocturnos.

Este grupo de enfermeros constituye una sección que acata las directrices del médico, ejecutando el suministro de la terapia medicamentosa y otras atenciones, tales como obtención de muestras para laboratorio, evaluación, de signos y síntomas, así como atenciones de urgencia.

El Departamento de Psicología evalúa y da tratamiento psicológico al paciente cuando éste ha entrado en lucidez. Está compuesto por un Profesional de la Psicología que actúa en calidad de Supervisor-coordinador, cinco psicólogos inferi que efectúan el Ejercicio Profesional Supervisado y están a cargo del servicio, distribuidos convenientemente en los siete días de la semana, y doce estudiantes de Cuarto y Quinto Grado de la carrera de Psicología, que realizan su actividad dentro de los ordenamientos de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La actividad del Departamento está comprendida en el esquema de servicio, docencia e investigación. Cuenta con un sistema de atención, que permite agilidad y fluidez en la atención a los pacientes, de la siguiente forma:

- 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 E.P.S., encargado del servicio del día, para que asigne pacientes a los practicantes y a sí mismo.
- b) Se procede a una breve evaluación-entrevista posterior a la desintoxicación de los pacientes, ofreciéndoles el servicio del Departamento de Psicología y asignándoles el terapeuta que a juicio del Epesista debe atenderlo. El proceso es ordenado y se utiliza una boleta de cita, la cual se le da al paciente, conteniendo: fecha, hora de la cita y el nombre del terapeuta.
- c) El paciente se presenta al Departamento de Psicología a la hora indicada y con el terapeuta correspondiente, quien aparte de obtener de él sus datos generales, familiares, de trabajo, historia de su ingesta y forma de interrelacionarse socialmente, proporciona al paciente la primera terapia de apoyo, o de urgencia, poniéndole a su disposición

los servicios del Departamento para que luego de egresar se integre como paciente externo regular, estableciéndose la primera cita de seguimiento.

- d) Con los datos obtenidos, el terapeuta redacta los primeros contenidos de la ficha clínica psicológica, consigna los más relevantes que aparecen en la ficha médica, anota el correspondiente examen mental y elabora una impresión clínica inicial.
- e) El terapeuta procede a redactar su primera hoja de evolución sobre el caso, la cual irá anexa a la ficha médica; esta evolución es la constancia de que el paciente fue atendido por el Departamento de Psicología. Posteriormente se elabora otra más completa para el expediente del paciente.
- f) Se da ingreso al nuevo expediente o ficha psicológica en el archivo, numerándolo en el libro correspondiente, para llevar una estadística, y como referencia para futuras consultas, cuando el paciente asista en calidad de externo.
- g) Se brinda atención a pacientes de consulta externa, para lo cual cada terapeuta lleva registro de las evoluciones correspondientes dentro del plan terapéutico elaborado para cada caso.
- h) Se da atención primaria a la comunidad, impartiendo charlas y conferencias a empresas particulares, entidades sociales y de servicio, centros educativos particulares y estatales, así como a personal de hospitales y grupos de alcohólicos que solicitan los servicios de apoyo científico del Patronato.

Existen dos Consejeros Antialcohólicos que son personas versadas en el sistema de Alcohólicos Anónimos. Se encargan del Grupo Institucional de Alcohólicos Anónimos "Alfa y Omega" y forman parte del personal de planta del Patronato.

Las secciones de vigilancia, mantenimiento, cocina y limpieza están compuestas por tres vigilantes, un piloto de ambulancia; tres encargados de mantenimiento (plomero, carpintero y electricista), un jardinero, una cocinera y dos ayudantes por turnos, así como también cuatro encargadas de limpieza, que se alternan en turnos distribuidos adecuadamente.

1.2 Descripción del Problema Psicológico Principal

1.2.1 Características del Alcohol y del Alcoholismo:

El término alcohol se deriva del vocablo arabe **AL-KOHL**, que significa antimonio en polvo, cosa teune, ilusoria.

No se tiene idea exacta del origen del alcohol; historiadores y antropólogos consideran que se empezó a producir a partir de que el hombre se dedicó a la agricultura, también se cree que las primeras bebidas fermentadas fueron derivados de zumos de frutas, en especial de la uva.

El alcohol etílico pertenece a la serie química de los hidrocarburos hidroxilados, su fórmula química es $C H O$. Se produce a partir de la descomposición de carbohidratos vegetales y su proceso de obtención puede ser por destilación o fermentación. Es reconocido como droga por sus efectos depresores sobre los sistemas nerviosos central y periférico: destaca su acción sobre la médula suprarrenal, en especial por estimular la corteza de la misma, originando una intensa producción de cortisol sérico.

Bebidas como la cerveza y los vinos también contienen ácidos orgánicos, aldehídos, cetonas, ésteres, minerales, sales, azúcares, aminoácidos y vitaminas. Esta droga en los aguardientes destilados, vodka y ginebra se absorbe con mayor rapidez, y es más lenta la absorción en los vinos y la cerveza.

Cuando se come al mismo tiempo que se ingiere licor, la concentración de la droga disminuye. Los efectos más severos se producen en el organismo con el estómago vacío; la mayor concentración de alcohol en una bebida hasta un máximo del 40% se absorbe más rápido y son más altas las concentraciones en la sangre.

El punto de partida de todo estudio sobre adicciones es el concepto vertido por la Organización Mundial de la Salud, en lo que corresponde a dependencia de algún fármaco, también conocida como "Farmacodependencia" que es un 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

² CLARK, W.G. y Compañeros. "Principios de Psicofarmacología". Editorial la Prensa Médica Mexicana, México 1,974. Pp. 550-564.

Existe dependencia psíquica cuando la ingesta de la droga causa un estado satisfactorio que impulsa al individuo a recurrir a su uso de manera autocoercitiva, para obtener nuevamente placer y evitar los estados que la abstinencia provoca. La dependencia física existe cuando la cantidad del fármaco disminuye en el cuerpo y ello provoca problemas propios del tipo de drogas que obliga al consumo.

La OMS decidió en 1,981 adoptar el término Neuroadaptación para describir los cambios adaptativos neuronales, así como la tolerancia física, tomando en consideración que ambas son paralelas.³

Para la OMS la dependencia, por su intensidad, puede presentar 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; aparecimiento de la neuroadaptación; prioridad en el consumo del fármaco, así como, desinterés por otras conductas y motivaciones. El síndrome puede reaparecer luego de un período de abstinencia.

El alcohol es una droga que causa dependencia y provoca cambios a nivel del cuerpo, de la mente y la conducta, expresada en la pérdida de control en su consumo.⁴

En el pasado el alcoholismo fue considerado un problema moral, pero en la actualidad se le considera un problema de salud. Una definición de alcoholismo considera que es "una conformación de excesos y de 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 eficiencia, olvido de la responsabilidad, etc.)".⁵

El alcoholismo es una enfermedad de carácter crónico cuando es causada por la ingestión de grandes cantidades de alcohol durante un largo período de tiempo; clínicamente se puede reconocer porque el paciente muestra una urgente necesidad de ingerir alcohol; ha perdido el control de la ingesta después de beber la droga aún en cantidades mínimas, y por una ingestión más frecuente de lo planeado. Se reconoce también por una necesidad de ingerir la droga al levantarse por la mañana y necesidad de beberla durante las horas de trabajo para poder terminar la jornada. Al suprimirse

³ CLARK, W.G. y Compañeros "Principios de Psicofarmacología". Editorial la Prensa Médica Mexicana, México 1,974. Pp. 550-564

⁴ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia", Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; Traducción de Gonzalo Peña Tamez, 2a. Edición, México, 1,990 Pp. 240-265.

⁵ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia", Editorial EL Manual Moderno S.A. de C.V.; Traducción de Gonzalo Peña Tamez, 2a. Edición, México, 1,990. Pp. 240-265.

el suministro puede manifestarse desde un ligero temblor de manos o bien un ligero temblor "interior", hasta el estado severo del delirium tremens.

Los factores que intervienen en el alcoholismo se agrupan para obtener modelos que no sean estrictamente organicista-sociales o psicológicos.

S. Pee llama a las causas "fuentes de la adicción" y las clasifica en internas y externas, que comprenden factores individuales, sociales, psicológicos y orgánicos. Las internas están ligadas a la vida personal y a la subjetividad; las externas se relacionan principalmente con la influencia del medio.

G. Edwards indica 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 una causa aislada, sino que concurren causas múltiples: factores causales de un momento dado y conductas del bebedor moldeada por factores del pasado; las causas que se señalan no son mutuamente excluyentes.⁶

Para identificar la etiología del alcoholismo, se hace necesario utilizar las siguientes directrices:

- a) Consumo excesivo para lograr el efecto de la droga: Debe comprenderse que el alcohol es una droga capaz de aliviar a corto plazo una amplia variedad de sentimientos desagradables como: ansiedad, depresión, conflictos existenciales, necesidad de reafirmación de valía personal, masculinidad o poder.
- b) 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 inconsistentes de estos valores (P. Ej.: Identificación del individuo con el padre alcohólico u otra figura importante en su infancia).
- c) Consumo excesivo del alcohol 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 (constumbres; cambios

⁶ VELASCO FERNANDEZ, RAFAEL. "Alcoholismo, una visión Integral", Editorial Trillas S.A. de C.V. México 1,988. Pp. 126-180.

de una comunidad que restringe, hacia otra más permisible; accesibilidad, bajo precio y libertad de compra, etc.)

- d) Consumo excesivo de alcohol 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 esta cultura particular, cuando el individuo sale de ellas pueden descontrolar su ingesta (el paso de la escuela secundaria a la vida universitaria más laxa en cuanto a permisibilidad).
- e) Beber excesivamente 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. La herencia no apunta hacia la inclinación a la bebida propiamente dicha, sino que estos factores predisponen al sujeto hacia la depresión o a la ansiedad.
- f) 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 continuar bebiendo y su único recurso es de ser aceptado por los sectores alcoholizados.

El Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, en 1,951 definió a los adictos al alcohol como: "Aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado, que muestran una notable perturbación mental o una interferencia con la salud corporal y mental con sus relaciones interpersonales y su normal funcionamiento social y económico; o muestran signos preliminares de dichos desarrollos".⁷ Por ello, el alcohólico es visto como un hombre impulsado a destruirse a sí mismo por la autointoxicación, pese al desastre, remordimientos y propósitos de enmienda. Menninger opina que esa compulsión apunta hacia deseos inconsistentes de ser tratados como niños; que no sean tenidas en cuenta sus agresiones más serias.⁸

⁷ CLARK, W.G., y Compañeros. "Principios de Psicofarmacología". Editorial la Prensa Médica Mexicana, México 1,974 Pp. 550-564.

⁸ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia", Editorial El Manuel Moderno S.A. de C.V., Traducción de Gonzalo Peña Tamez, 2a. Edición México, 1,990 Pp. 240-265.

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

La Organización Mundial de la Salud planteó en 1,982 que el desarrollo del síndrome alcohólico se divide en cuatro fases: Pre-alcohólica, Prodrómica, Crítica y Crónica. Cada una de ellas subdividida en subfrases o indicadores del progreso de la enfermedad.⁹

Fase Pre-alcohólica:

Está conformada por los primeros contactos en forma ocasional con la droga, para causar alivio a tensiones y evadir la realidad. La ingesta progresiva va originando cambios en el metabolismo del sujeto, aumentando a la vez su capacidad de ingesta o tolerancia. En esta fase el individuo aún controla su bebetoria y "no tiene problemas".

Fase Prodrómica:

Esta fase se caracteriza por la formulación de síntomas, que pueden tener 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 ella 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 en su discurso evita mencionarlo.

Fase Crítica:

Es la fase en que la enfermedad progresa hasta hacer caer al enfermo en un proceso de deterioro; 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. También empieza a usar pretextos y cambios en su conducta o forma de beber, pero no corta la ingesta; cambia amistades, cae en apatía, se entrega a la

⁹ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia", Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., Traducción de Gonzalo Peña Tamez, 2a. Edición México, 1,990. Pp. 240-265.

bebida, se aísla de los demás y como compensación se embriaga para autoconmiserarse. Empieza a esconder las botellas y se enfatiza la anorexia, que contribuye al origen de padecimientos gástricos que da como consecuencia desnutrición. Disminuye la libido, ocurre la primera intoxicación fuerte y se manifiesta la celotipia; aparece la necesidad de la "copa matutina."

Fase Crónica:

Se puede decir que se inicia con la "copa matutina"; pero para entonces los períodos de ingesta serán más largos y habrá marcado deterioro físico y de comportamiento. Las capacidades mentales también merman, se dificulta la concentración; la memoria y el raciocinio, aunado a un cuadro de fatiga constante. A esta altura ya habrá ocurrido alguna psicosis, y por la limitación en el abastecimiento de la dorga, se agencia de alcoholes no recomendados para el consumo humano, los cuales con tóxicos y a veces mortales; la tolerancia física va en descenso y aparecen las fobias o ideas delirantes.

La sustracción de la tiamina física por causa del alcohol provoca el temblor característico, acompañado de inhibición psicomotora. Su sistema de valores morales, raciocinio y aspiraciones de vida se pierden, pudiendo llegar hasta la muerte.

1.2.2 Incidencia del Alcoholismo:

La incidencia que tiene la ingesta en los grupos sociales es conocida como prevalencia. Según las estadísticas, el alcoholismo afecta más a hombres que a mujeres. Afecta más a personas de condición económica baja a media debido a los altos niveles de frustración, aunque no se puede descartar que en los estratos económicos altos existen grandes grupos afectados. En términos generales afecta a hombres en edad promedio de 15 a 65 años y a mujeres de 25 a 50 años. 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 a la falta de entretenimientos sanas.

1.2.3 Efectos del Alcoholismo:

Muchos de los efectos adversos del consumo crónico del alcohol se deben no tanto a la droga en sí, sino a su metabolito: El acetaldehído, (Korsten y colaboradores,

1,975), que causa daño al cerebro y al músculo cardíaco. Al acetaldehído se le ha considerado factor directo de la dependencia física al alcohol etílico.¹⁰

Entre los efectos físicos más comunes, estimula la secreción salival y gástrica; el ritmo peristáltico intestinal, y transforma la absorción de electrolitos y agua. Deprime los centros nerviosos vitales, provoca la disminución del ritmo respiratorio y circulatorio. En la médula suprarrenal libera catecolaminas y estimula la corteza suprarrenal por el aumento en el cortisol sérico. Al deprimir el sistema nervioso central, afecta la conciencia y la conducta; favorece la liberación de la ansiedad y la depresión; produce euforia y aparente estimulación. La respuesta motora se vuelve lenta, manifestando torpeza, ataxia y nistalmo; reduce la memoria y afecta el sentido de la vista al provocar trastornos en los músculos y núcleos oculomotores, produciendo estrabismo y diplopía. Anima el instinto sexual en la corteza cerebral, pero inhíbe la producción del estímulo por las vías neuronales, así como la producción de la 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.

A nivel del aparato respiratorio, la presencia de vapores de alcohol, sumada a la frecuencia de consumo de cigarrillos, debilita las paredes pulmonares y bronquiales, favoreciendo las infecciones respiratorias.

En el aparato digestivo ocasiona gastritis alcohólica y por los vómitos característicos de la intoxicación o del síndrome de abstinencia, vrices esofágicas que pueden romperse y causar hematemesis mortal. También se afecta el hígado por infiltración de grasa (lipogénesis hepática). Puede afectarse el píloro, el colon y el páncreas, y originar una pancreatitis.

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

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 es la absorción.

¹⁰ MADDEN, J.S. "Alcoholismo y farmacodependencia", Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; Traducción de Gonzalo Peña Tamez, 2a. Edición México, 1,990. Pp. 240-265.

El alcohol al afectar primero la corteza cerebral deprime las facultades de crítica y razonamiento. En la formación reticular no sólo afecta la función del cerebro, sino que sirve de intermediario para producir la sensación de calor, enrojecimiento de la piel, relajación de los músculos, reducción de la presión sanguínea y estimulación de abundante secreción gástrica.

En el organismo la principal vía de biotransformación inicial del alcohol se efectúa a través de la encima de Deshidrogenasa del alcohol (DHA). Esta encima se concentra en el hígado y sólo se encuentra en otros tejidos a concentraciones mínimas, como en el cerebro y los testículos. Se sabe que alrededor del 90% del alcohol ingerido se metaboliza en el hígado, un 2% se quema a través de la respiración, por medio de los pulmones (ello explica el aliento etílico) y finalmente un 4-6% es quemado en los músculos y los riñones.

El tiempo de vaciado puede retardarse o acelerarse por miedo, ira, estrés, náusea y también conforme a las condiciones en que se encuentren los tejidos del estómago. Así mismo influye el peso corporal de la persona. Cuando el estómago se vacía más rápido de lo normal y el alcohol parece absorberse con mayor rapidez se produce el "Síndrome de Dumping".

El consumo de alcohol etílico implica cierta tolerancia y reacciones de abstinencia. Tolerancia constituye una disminución en la respuesta a la droga consumida, necesitándose entonces más consumo para alcanzar sus efectos. La tolerancia cruzada se refiere a la respuesta farmacológica restringida a una sustancia que sigue a la administración de la otra. La dependencia física se caracteriza por tolerancia y síndrome de abstinencia; ambas se desarrollan simultáneamente, aunque los síntomas de la abstinencia se limitan al sistema nervioso (central o periférico). La dependencia siempre va acompañada de tolerancia física, pues la misma expone al organismo a dosis cada vez superiores.

Cuando el alcohol en el organismo empieza a degradarse, aparecen síntomas como temblor grueso en las manos, lengua y párpados; náuseas y vómitos (por deshidratación), debilidad, hiperactividad automática, depresión o irritabilidad, e hipotensión ortostática. Durante la primera semana (a veces días) posterior a la supresión del fármaco, pueden aparecer trastornos conocidos como psicosis alcohólicas: alucinosis, síndrome amnésico alcohólico (o de Korsakoff) y delirium tremens. En sus manifestaciones más severas habrá síndromes mayores como la demencia alcohólica y trastornos paranoides alcohólicos.

Además de los efectos físicos ya señalados, coexisten efectos socioculturales y psicológicos que intervienen directamente en el problema estudiado. Es difícil

sintetizar de manera correcta el grave problema del alcoholismo en nuestra sociedad. El alto grado de indiferencia social se expresa al ver embriagados a nuestros familiares, amigos, maestros, compañeros de trabajo, escuela o universidad, como algo natural o normal. La familia guatemalteca tiene por lo menos un miembro alcohólico en cualquiera de sus grados de evolución. Muchas personas que consciente o inconscientemente se consideran ajenas a este flagelo social, han sido víctimas de algún tipo de agresión en cualquier momento de su vida por parte de un alcohólico. Las bases morales y de conducta social en el medio guatemalteco permiten que el consumo de alcohol se extienda y enraíce, sumándose la influencia de los medios de comunicación, los cuales fomentan la " adicción ". Vivimos en una "cultura del vino", que admite el alcohol; tenemos como ejemplo el alcoholismo del indígena, cuya base es de tipo cultural, manifestada en las fiestas religiosas tradicionales. Otra cara del problema es la constante migración de campesinos a la ciudad, sin condiciones adecuadas de vida, que los ubica en una situación de inestabilidad y degradación social.

La vida de muchos ejecutivos tanto a nivel laboral como social gira en torno al alcohol. De igual manera, los obreros beben ante la falta de distracciones sanas y para descargar tensiones laborales, problemas económicos y familiares.

Al analizar el problema alcohólico por su aceptación y por 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 empleados que padecen esta enfermedad. Aunque en estado de abstinencia son productivos y efectivos, cuando empiezan a beber cambian total o parcialmente su conducta, convirtiéndose en irresponsables al disminuir su capacidad laboral, lo que redundará en baja productividad y pérdidas económicas. El sujeto se deteriora y se vuelve improductivo, afecta sus relaciones interpersonales y destruye las relaciones afectivas.

Los efectos psicológicos están íntimamente ligados a los fisiológicos y a la interacción social del individuo. Se expresa en hechos conductuales de acuerdo a la cantidad consumida y sus niveles de afectación. " Con un 0.05% del alcohol en la sangre existe sedación, deprime las respuestas aprendidas recientemente, disminuye las inhibiciones y restricciones sociales y afecta el juicio. A un nivel del 0.10% se narcotizan los centros cerebrales más antiguos y se dificulta la locución y la actividad motora. A un nivel del 0.20% se afecta profundamente el área motriz del cerebro. A un nivel del 0.30% se afecta gravemente la senso-percepción y se produce un estado de estupor; a un nivel del 0.40% se oblitera la percepción y la persona se encuentra narcotizada y en coma. A niveles del 0.60% y 0.70% se afectan los centros cerebrales

primitivos que controlan la respiración y la frecuencia cardíaca y sobreviene la muerte".¹¹

Se ha detectado que cuando la ingesta de alcohol es reciente, se presentan 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 incluso podrá cambiar totalmente su forma de ser que tenía antes de tornarse dependiente de la droga.

La personalidad débil del enfermo alcohólico se ve seriamente deteriorada; va desde simples alteraciones momentáneas, hasta trastornos más complejos que caben en el campo de las psicosis alcohólicas:

Intoxicación alcohólica aguda:

Esta incluye todos los síndromes cerebrales agudos de dimensiones psicóticas, si no tienen rasgos del delirium tremens, la alucinosis alcohólica o la intoxicación patológica. Debe diferenciarse de la embriaguez simple.

Deterioro alcohólico:

Es un síndrome cerebral crónico con disminución de memoria, merma del juicio y desorientación. No recuerda sus actividades o su conducta en esta situación de ausencia. Debe diferenciarse del síndrome de Korsakov. Después de un período prolongado del alcoholismo crónico, algunos pacientes sufren una desintegración de la estructura de su personalidad, con labilidad emocional, pérdida de control y manifestaciones de demencia. La lesión estructural es una lesión cerebral por avitaminosis.

Intoxicación patológica:

El comienzo es brusco y espectacular. Disminuye el nivel de conciencia. Se encuentra confuso y desorientado y sufre ilusiones, ideas delirantes transitorias y alucinaciones visuales. Presenta una actividad muy aumentada, impulsiva y agresiva, incluso destructiva. Los componentes emocionales son rabia, ansiedad y depresión, y son frecuentes los intentos de suicidio. Puede durar unos momentos, un día o más.

¹¹ FREEDMAN, KAPLAN y SADOCK. "Compendio de Psiquiatría", Salvat, Barcelona, 1,977. Pp. 430-432.

Termina en un período prolongado de sueño con amnesia tras el despertar. Este síndrome cerebral agudo se produce tras una ingesta alcohólica mínima.

Delirium tremens:

Es un estado psicótico agudo que se produce habitualmente tras un período prolongado de ingesta alcohólica copiosa. Es consecutivo a la abstinencia brusca de alcohol, pero no siempre. Va precedido habitualmente de inquietud motriz, irritabilidad y aversión a la comida, temblor y trastornos del sueño con pesadillas aterradoras. Son frecuentes las ilusiones o alucinaciones: visuales, táctiles y olfatorias, pero no auditivas. Es frecuente la confusión con desorientación temporoespacial; la atención es flotante, la actividad motriz acentuada y el sueño imposible. En los casos en los que la sintomatología se manifiesta plenamente, se observa a menudo temblor de la lengua, los labios y el rostro. Se cree que el delirium tremens es causado por un trastorno metabólico. Su curso dura habitualmente de 3 a 10 días.

Alucinosis alcohólica:

Representa la liberación de un trastorno de la personalidad subyacente, como consecuencia de la ingesta alcohólica. La alucinosis alcohólica sigue a un período prolongado de ingesta alcohólica. Aparecen alucinaciones auditivas de carácter amenazador en un sensorio despejado. Son frecuentes las ideas de referencia y la adquisición de un sistema delirante elaborado; a menudo el paciente responde a sus ideas. Aprensión y temor se acompañan de ira o depresión. Son frecuentes los intentos de suicidio.

Estado paranoide alcohólico:

Se desarrolla en alcohólicos orgánicos (generalmente varones) y está marcado por ideas delirantes de infidelidad o celotipias. El alcohol debilita la represión y surgen los impulsos homosexuales prohibidos, contra los que el paciente se defiende por medio de un sistema delirante paranoide.

Síndrome de Wernicke:

Se debe a una carencia de vitaminas y otros principios nutritivos. Empieza con delirio y consiste en oftalmoplejía, pérdida de memoria, fabulación, apatía o aprensión, disminución del nivel de conciencia, ataxia y a veces estado de coma.

Síndrome de Korsakov:

Puede ir precedido de un episodio de delirium tremens. Consiste en amnesia, fabulación o falsificación del recuerdo, desorientación temporoespacial y neuropatía periférica. es sobre todo consecuencia de una carencia nutricional, especialmente de tiamina y niacina. La pérdida de memoria es progresiva y el paciente responde a su amnesia con una actitud de despreocupación y fabulación basadas en la ficción. Son frecuentes la desorientación temporal, la identificación incorrecta de las personas y un estado de ánimo superficialmente jovial. La polineuropatía se manifiesta en las extremidades inferiores. En muchos pacientes los síntomas ceden al cabo de 6 a 8 semanas. Otros duran más en mejorar y la recuperación de la memoria no es completa. Algunos pacientes conservan siempre cierto grado de déficit intelectual, emocional y estético.

1.3. Situación actual del Alcoholismo en Guatemala.

TABLA "A"

**CANTIDAD Y VALOR TOTAL DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
FABRICADAS Y VENDIDAS DURANTE EL AÑO 1989**

TIPO DE BEBIDA	MEDIDA	PRODUCCION		VENTAS EN EL AÑO	
		CANTIDAD	VALOR TOT.	CANTIDAD	VAL. TOT.
Alcohol etílico de 80" o más	Lt.	10,781,524	10,142,496	9,775,960	9,297,918
Aguardiente de caña	Lt.	68,345,452	106,173,560	54,502,434	89,426,460
Ron Añejo	Lt.	3,743,182	14,733,518	3,098,268	12,101,908
Vinos de Mesa	Lt.	3,056,271	4,885,297	3,473,956	5,381,767
Vermouth	Lt.	196,549	670,355	439,933	1,246,696
Champaña	Lt.	748,178	1,707,762	573,206	1,331,344
Vinos de otras frutas	Lt.	780,749	701,352	1,007,320	901,722
Cerveza corriente en botella	Hlt	878,263	68,440,963	808,233	63,028,074

FUENTE: Sistema Estadístico Nacional -INE- (último dato estadístico registrado)

TABLA "B"

**RECAUDACION DE IMPUESTOS POR CONSUMO DE LICORES
AÑOS 1987-1988**

TIPO DE BEBIDA	1987	1988
Cervezas	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
T O T A L E S	56,272,000	56,726,000

FUENTE: Departamento de Estadística de Contabilidad del Estado , Ministerio De Finanzas Públicas.

TABLA "C"

**ESTIMACION EPIDEMIOLOGICA DE FALLECIMIENTOS
POR ALCOHOL COMO CAUSA PRINCIPAL
(Comparación con otras causas)**

MUERTES	ANUAL	MES	DIA
Por alcohol	2,581	215	7
Otras Causas	7,743	645	24

FUENTE: Ministerio de Salud Pública 1988.

TABLA "D"

DEFUNCIONES POR ALCOHOLISMO COMO CAUSA PRIMARIA

AÑO	No. DEFUNCIONES
1986	786
1987	814
1988	1,765

FUENTE: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública 1988.

TABLA "E"

MUERTES POR INTOXICACION ALCOHOLICA DURANTE 1988

LUGAR	CASOS
Capital	226
Departamentos	227
Total	453

FUENTE: Policía Nacional

TABLA "F"**CUANTIFICACION DE DELITOS COMETIDOS BAJO EFECTOS DE LICOR**

AÑO	No. DE CONDENADOS POR DELITOS
1986	70
1987	51
1988	50

FUENTE: Policía Nacional 1988.**TABLA "G"****PORCENTAJES DE RESPONSABILIDAD EN DELITOS COMETIDOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE 1988**

CLASE DE DELITO	%
Homicidio	20
Accidente de tránsito	24
Portación ilegal de armas	16
Hurtos	12
Robos	6
Asesinatos	4
Violaciones	2

FUENTE: Dirección General de Estadística 1988.

TABLA "H"**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS COMUNES EN EL PAIS**

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

FUENTE: Dirección General de Estadística 1988.

TABLA "I"**ACCIDENTES DE TRANSITO OCURRIDOS EN LA REPUBLICA SEGUN CAUSA**

CAUSA	1987	1988	1989
Ebriedad del piloto	472	447	339
Ebriedad del peatón	46	66	44

FUENTE: Sistema Estadístico Nacional -INE- (último registro estadístico)

TABLA "J"**ACCIDENTES DE TRANSITO POR MES, OCURRIDOS EN LA REPUBLICA, EN ESTADO DE EBRIEDAD, AÑO 1989.**

CAUSA	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Ebriedad del piloto	31	29	39	35	25	31	25	22	27	18	27	30
Ebriedad del Peatón	01	07	02	01	05	02	06	03	01	03	02	11

FUENTE: Sistema Estadístico Nacional -INE- (último registro estadístico)

TABLA "K"

ACCIDENTES DE TRANSITO POR DEPARTAMENTO OCURRIDOS EN LA REPUBLICA EN ESTADO DE EBRIEDAD, AÑO 1989.

DEPARTAMENTO	EBRIEDAD PILOTO	EBRIEDAD PEATON	DEPARTAMENTO	EBRIEDAD PILOTO	EBRIEDAD PEATON
Guatemala	19	01	San Marcos	18	01
Progreso	14	00	Huehuetenango	18	03
Sacatepéquez	14	01	Quiché	04	04
Chimaltenango	17	04	Baja Verapaz	07	02
Escuintla	57	10	Alta Verapaz	13	02
Santa Rosa	26	02	Petén	08	02
Sololá	00	00	Izabal	12	00
Totonicapan	04	02	Zacapa	03	00
Quetzaltenango	14	05	Chiquimula	09	01
Suchitepéquez	45	01	Jalapa	08	00
Retalhuleu	26	03	Jutiapa	03	00

FUENTE: Sistema Estadístico Nacional -INE- (último registro estadístico)

1.4 Marco Teórico de la Investigación:

"LIMITACIONES EN LA REHABILITACION PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO".

Una vez comprendido el marco conceptual del síndrome de dependencia alcohólica y su efecto destructor para la humanidad, surge la necesidad de implementar medidas correctivas, cuyo éxito depende de múltiples factores. La cultura, la familia y las características propias de cada persona son de vital importancia, así como sus condiciones socioeconómicas de vida.

Se comprende como limitaciones en la rehabilitación psicosocial, al "conjunto de acontecimientos adversos que obstaculizan o restringen el desarrollo y las finalidades terapéuticas de adaptación del individuo a su medio".

La rehabilitación implica "colocar al individuo que ha sufrido algún tipo de trastorno o enfermedad, en condiciones de retomar un lugar adecuado en la sociedad".¹² El propósito último de la psicología es precisamente el logro de esa adaptación psicosocial. "El éxito en la rehabilitación estriba en que esta vaya dirigida hacia un fin bien determinado".¹³ Para ello es necesario un programa que requiere de conocimientos considerables, actividades en orden lógico, habilidad, y la capacidad de mantener una revisión constante. Dicha finalidad debe representar un reto que pueda ser aceptado y superado por el paciente.

EL terapeuta cuando planifica y lleva a cabo un tratamiento, debe trabajar en cooperación con el enfermo, el equipo de médicos y otros profesionales, al igual que con las personas vinculadas, constituyéndose en un equipo de rehabilitación que incluya: médicos, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, sacerdotes, funcionarios de empleo, médicos generales, asistentes sociales, visitantes sanitarios, autoridades educativas, organizaciones voluntarias y parientes de pacientes. De esta

¹²MERANI, ALBERTO L. "Diccionario de psicología" Ediciones Grjajbo, S.A. Barcelona. Buenos Aires. México D.F. 1977. Pp. 258.

¹³MACDONALD, E.M. "Terapéutica. Ocupacional de Rehabilitación". Salvat Editores S.A. 2da. Edición Española. Barcelona 1979. Pp.520

manera el trabajo en equipo se amplía, incluyendo al personal de servicio.¹⁴ La importancia de este trabajo en equipo estriba en que facilita la captación de información importante acerca de los problemas del paciente para una mejor comprensión y abordamiento terapéutico.

Todo aspecto del desarrollo y funcionamiento de la personalidad es el producto conjunto de las dotes individuales y de las influencias del medio cultural (Erickson. 1902). El desarrollo psicobiológico necesariamente cuenta con las condiciones geográficas socioculturales. El medio produce frustraciones y conflictos; de esta interacción se comprende el sentido de los factores "psicosociales", en la recuperación del individuo ante el síndrome alcohólico.

La presente investigación toma como base a un grupo significativo de pacientes del Patronato Antialcohólico, cuyas características alcohólicas se encuentran dentro de los conceptos vertidos al inicio del marco teórico metodológico.

En síntesis, la investigación pretende descubrir las principales limitaciones en la rehabilitación psicosocial de los enfermos del síndrome alcohólico, del Patronato Antialcohólico; por lo que es importante considerar los siguientes factores:

1.4.1 Factores Socioeconómicos:

Una de las causas de mayor interés y auge de la psicología ha sido la convicción de que no basta la tecnología para resolver los problemas sociales del hombre. "Es el ser humano, y más exactamente su comportamiento lo que obstaculiza la solución de la mayor parte de los problemas humanos".¹⁵ Sin embargo, el ambiente constituye un estímulo constante al que el sujeto responde, ya sea con una respuesta activa, o una respuesta pasiva; es decir, que puede reaccionar atacando a su ambiente intentando eliminarlo o cambiarlo, o puede retirarse, o someterse a él (Werner Wolf). En los países del tercer mundo las condiciones materiales de existencia se caracterizan por su inestabilidad y deterioro constante. La familia guatemalteca enfrenta limitaciones económicas, y consecuentes manifestaciones psicopatológicas que se refuerzan en el orden social, en donde los medios de comunicación influyen presentando las bebidas alcohólicas como una alternativa de bienestar y "solución", contraria a la realidad de sus efectos.¹⁶

¹⁴ MACDONAL E.M. "Terapeuta Ocupacional en Rehabilitación". Salvat Editores S.A. 2da. Edición Española. Barcelona 1979.

¹⁵ WHITTAKER, JAMES Y SANDRA J. "Psicología". Editorial Interamericana, S.A. México D.F. 1987 Pp. 785.

¹⁶ REVISTA CREA No. 2 Revista Informativa del Patronato Antialcohólico. Editorial Balcárcel, Segunda Epoca, Guatemala 1990.

En este sentido, el Doctor David Moales Bollo señala: "Por la facilidad con la cual resulta posible la adquisición de bebidas alcohólicas y por la lubricación social de su consumo afianzado por lo lícito de su distribución y expendio, muchas personas las catalogan como ente imprescindible de placer y hasta de éxito..."¹⁷

Proliferan bares, cantinas, cervecerías, restaurantes, cafeterías y todo tipo de expendios de bebidas alcohólicas, incluyendo las tiendas de los barrios y algunos bares privados de algunos hogares. Esto incide en un deterioro laboral, merma de la productividad, bajas económicas y el consecuente empobrecimiento de las familias.

Cuando se habla de la respuesta del individuo a su medio, se hace en términos de "adaptabilidad"; algunas formas de inadaptación derivan de un posible conflicto entre los valores de una sociedad y los medios a disposición de determinadas personas para aplicar estos valores en la vida diaria. "La gente siempre está en la sociedad, pero no siempre forma parte de ella". Los grandes medios de difusión esparcen imágenes y estereotipos que llegan a convertirse en normas, permitiendo a los individuos aparentemente perdidos en la masa, saber como comportarse bien y conforme a dichas normas". (Henry Mendras).

Comprendiendo el fenómeno económico-social de nuestro país, es lógico deducir que las condiciones socioeconómicas para la recuperación del paciente alcohólico se limitan sustancialmente. No existe a nivel gubernamental suficientes recursos monetarios y/o una apropiada distribución de los mismos para la atención de esta enfermedad en su justa dimensión.

Si bien el objetivo de toda recuperación es el restablecimiento del paciente en su hogar y en la comunidad con un máximo de independencia, estas circunstancias pueden hacerlo difícil y a menudo debe aceptarse algo inferior a lo satisfactorio. Se desea para el paciente una familia con capacidad para comprender sus necesidades de ayuda e independencia, con buena salud, adaptabilidad y tolerancia, y un hogar en el que pueda hacer uso total de sus capacidades, contribuir y tener cierto grado de vida privada.¹⁸ Es por ello que el terapeuta debe comprender tanto las necesidades personales del paciente, así como también las limitaciones de su hogar y la actitud de sus familiares. "Allí donde el paciente sea querido y respetado se aceptarán los inconvenientes que ocasione" (E.M. Macdonald); así mismo, las relaciones sociales del paciente alcohólico son muy importantes para su rehabilitación, el trabajo grupal

¹⁷ REVISTA CREA No. 2 Revista Informativa del Patronato Antialcohólico. Editorial Balcárcel, Segunda Epoca. Guatemala 1990.

¹⁸ MACDONALD, E.M. "Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación". Salvat Editores S.A. 2da. Edición Española. Barcelona, 1979. P. 520.

es considerado más idóneo a pesar de que le es dificultoso participar plenamente y necesita ayuda para llegar a aceptar responsabilidades.

El empleo de grupos de actividades puede ayudar a mejorar las relaciones sociales y la capacidad de comunicación de ideas y sentimientos. No se recomiendan actividades que tiendan a aislar al enfermo o que faciliten los medios para obtener alcohol.

La conducta desadaptada es víctima de marginación social y económica; genera trastornos del pensamiento, conductas grotescas y criminalidad. La persona marginada tiene características de apatía y sedesperanza.

"Incrementar el ingreso de los pobres no elimina todas las consecuencias de serlo. El síndrome de apatía, desesperanza y falta de confianza en sí mismo resultante de la privación socioeconómica puede convertirse en un impedimento que persista por sí mismo.¹⁹

1.4.2 Factores Culturales:

Los factores culturales están íntimamente ligados a los socioeconómicos. La cultura ejerce su influencia sobre el individuo desde que nace y aún desde antes; determina la actitud hacia la anormalidad. También determina las salidas a la tensión psíquica. Aquí habré de tratar brevemente algunos obstáculos culturales presentes en la sociedad:

- a) El "etnocentrismo" constituye la tendencia a considerar los valores y las costumbres del grupo en que ha nacido y ha sido educado el individuo, como normas infalibles sobre juicios y valoraciones de cualquier otro grupo sociocultural; en consecuencia, cualquier valorización o forma de vida distinta será despreciada y condenada como incivilizada.
- b) La "subjetividad" es la tendencia a juzgar los hechos observados y las situaciones contempladas, tomando como base la emocionalidad o la afectividad, favorable o adversa, que una persona o grupo puede despertar en otro, dejando de lado las razones juiciosas.

¹⁹ SARASON, IRVIN G. "Psicología Anormal". Universidad de Washington., Traducción de Roberto Helier. Editorial Trillas, México D.F. 1986. p. 615

- c) El "autoritarismo", es la tendencia a aceptar como verdadera una afirmación porque la ha dicho una persona y no por razones verificables.
- d) El "dogmatismo" consiste en crear fórmulas que expresan conocimientos, como si fueran verdades indiscutibles al margen del estudio, de la crítica y de la discusión.
- e) El "impresionismo" es la tendencia a confundir las experiencias transitorias como verdades comprobadas, pudiendo afirmar de toda una clase de gente, lo que únicamente consta de una persona o pequeño grupo.
- f) Los "estereotipos" son imágenes no comprobadas que desde la infancia han sido formadas respecto a grupos étnicos, culturales, nacionales, etc. Se pueden manifestar en forma de discriminaciones.
- g) El "especialismo" consiste en devaluar cualquier conocimiento que no esté dentro del área de ciencia, al que se dedica la persona.

Todos estos aspectos son descritos por Felipe Pardinás, en su libro "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales"; constituyen obstáculos culturales en problemas sociales, como en el síndrome de dependencia alcohólica; principalmente, tomando en cuenta la dinámica familiar y de personalidad del paciente alcohólico y la influencia directa que ejerce el grupo social sobre este, ya sea en forma de marginación, desprecio y otras manifestaciones.

La cultura de nuestro país facilita la ingestión de bebidas alcohólicas y al mismo tiempo genera un fuerte rechazo hacia quienes las consumen inmoderadamente, marginándolos. Como resultado de la marginación y el aislamiento emocional, el individuo genera cierta propensión a la neurosis y por ende a la angustia. Esta serie de hechos constituyen limitantes en la rehabilitación del enfermo, quien recurre a la bebida en busca de alivio.

Las descargas emocionales han tenido un efecto curativo en las danzas rituales, el juego y el teatro. Los trastornos parecen aumentar con el incremento de las restricciones, con las responsabilidades personales y con la pérdida de los escapes colectivos para las tensiones individuales.²⁰

²⁰ WOLFF, WERNER. "Introducción a la Psicología" Breviarios. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1976.

El estudio del individuo, su familia, sus experiencias educativas y ocupacionales sólo se puede lograr teniendo presente que cada uno de ellos se encuentra en una comunidad que a su vez tiene sus propios valores, normas y prioridades sociales. (Irwin G. Sarason.1986).

1.4.3 Factores Institucionales:

Las instituciones hospitalarias juegan un papel preponderante en la rehabilitación de pacientes alcohólicos. Tanto los miembros del personal, como los propios pacientes deben ser alentados a tomar parte en el programa terapéutico global, según su formación y capacidad.²¹

Existe una relación íntima entre la conducta individual y el medio social del hospital. La hospitalización puede dejar cicatrices bastante duraderas. La finalidad en la Institución es de suma importancia debido a que los pacientes la captan en su interacción con el personal. En este sentido puede pretenderse que una sala funcione de manera que deje satisfecho al personal, con la meta encubierta de mantener el orden y la estabilidad de la Institución, más que la salud del paciente.

Toda terapia será ineficaz si se aplica a los pacientes reglamentos demasiado estrictos y se les impide experimentar su repertorio de respuestas sociales. (Irwin G. Sarason, 1986).

Las frecuentes readmisiones resaltan la necesidad de ayudar a los pacientes crónicos a ajustarse con buen resultado a la comunidad. Paul (1969) sugiere diez pasos que los hospitales para enfermos mentales podrían dar para lograr mayor efectividad y felicidad a los pacientes e incrementar la moral del personal, así como, para que la Institución obtenga un papel de rehabilitación social más positivo. Estos se pueden utilizar en forma análoga en hospitales dedicados a otros problemas psicosociales como lo es el alcoholismo. Los diez pasos se resumen en:

- 1-. Utilizar el término "residente" en lugar de "paciente", permitiendo al personal un vestuario informal.
- 2- Dejar claro a través de reglas y normas, que los residentes son seres humanos responsables. Que deben participar activamente en

²¹ MACDONALD, E. M. "Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación". Segunda Edición Española, Salvat, Editores S.A. Barcelona 1979. p. 520.

todas las actividades personales y sociales al interior de la Institución.

- 3- Tratar sus niveles de independencia y responsabilidad haciendo hincapié en su retorno a la comunidad.
- 4- Alentar las interacciones y destrezas sociales suministrando actividades variadas regularmente.
- 5- Utilizar una comunicación clara con instrucción concreta de la conducta apropiada, concentrándose en la "acción" utilitaria en vez de la "explicación".
- 6- Oportunidad de practicar destrezas ocupacionales.
- 7- Volver a familiarizar a los residentes con el "mundo exterior", exponiéndolos a la acción de la comunidad y trayendo de ésta a voluntarios que participen en discusiones.
- 8- Identificar las áreas específicas que ameriten ser cambiadas, apoyando concretamente a cada individuo.
- 9- Prepararlos junto a personas significativas para que vivan en apoyo mutuo en la comunidad.
- 10- Cuando carezcan de ellas, entrenar y dar de alta a los residentes en grupos de dos o tres como una "familia", para que se constituyan entre sí, en personas significativas.

"Aún cuando los pacientes crónicos son tenidos frecuentemente por incurables, no hay razón para creer que la conducta desadaptada en extremo no puede modificarse magníficamente".²²

Otro aspecto importante se refiere a la conducta del personal en presencia de los pacientes. Ellos son observados consciente e inconscientemente y los pacientes pueden reaccionar impredeciblemente en cualquier momento.

²² SARASON, IRWIN G. "Psicología Anormal". Universidad de Washington Traducción de Roberto Helier. Editorial Trillas. México D.F. 1986. p. 615

Milton M. Berger en su libro. "Como trabajar con pacientes" propone algunas normas que deben tenerse presentes.

- 1o. No hablar del paciente con otro miembro del personal en presencia del afectado o de su familia a menos que lo incluya. Podría creer que lo están rechazando o planeando hacer algo en su contra.
- 2o. No coquetear sexualmente con otro miembro del personal en presencia de un paciente.
- 3o. No utilizar ropas o perfumes, o conducirse sexualmente procovativo. Acrecienta la vida fantasiosa o excitación sexual del paciente. La vida en la Institución deberá ser tranquilizadora y ofrecer estímulos normalizantes.
- 4o. No hacer de payasos cerca de un paciente que sufre. Es importante una expresión de humor adecuada en su contenido, momento y contexto.
- 5o. No hacer sentir al paciente que ignora su presencia o su existencia, porque aumenta su sentimiento de ser un objeto o ser "nada".
- 6o. No gritar o discutir con los pacientes. Es antiterapéutico y puede generar una reacción violenta.
- 7o. No participar en arreglos comerciales o de otra índole con los pacientes.
- 8o. No prestar dinero a los pacientes ya que aumenta la dependencia y no es realista.
- 9o. No ir más allá de las posibilidades y la experiencia en el intento de dar consejo o guiar a los pacientes cuando existan dudas respecto a lo que haya de hacerse o decir, debe sugerirse que el paciente platique con su terapeuta.

Como se dijo con anterioridad, el trabajo en equipo es necesario para un tratamiento efectivo, en donde el personal de enfermería es sumamente importante, puesto que interactúa frecuentemente con los pacientes. Es por eso que en países

desarrollados se habla de la "enfermería psiquiátrica", que es "una rama especializada de la enfermería, en la cual la enfermera utiliza su propia personalidad, sus conocimientos de psiquiatría y el medio disponible para efectuar cambios terapéuticos en los pensamientos de su paciente, en sus sentimientos y en su conducta."²³

La meta de la enfermería psiquiátrica es de estimular al paciente a que se enfrente a la realidad y se incorpore a la acción independiente lo más pronto posible. La enfermera debe permitir expresiones apropiadas, tanto de sentimientos positivos como negativos, con la finalidad de que el paciente se sienta libre de desarrollar su propia iniciativa y creatividad. Como miembro del equipo terapéutico ayuda a formular y a complementar un amplio plan de cuidado para cada paciente, que cubra sus necesidades.

Alentar a los pacientes a que socialicen en grupos y tomen parte en las actividades vocacionales, recreativas y sociales, es el primer paso para establecer un medio terapéutico. Esto estimula la expresión abierta de los sentimientos e intenta facilitar la comunicación al igual que la unión del grupo. La enfermera psiquiátrica toma en cuenta y es capaz de utilizar las relaciones y las situaciones en función de las metas terapéuticas para cada paciente.

En términos generales, la enfermera psiquiátrica puede ayudar al personal a trabajar más exitosamente con el paciente, proporcionando apoyo emocional, cuidado médico y físico.²⁴ Además, puede ofrecer su experiencia y conocimiento a los demás enfermos y personal involucrado.

1.4.4. Factores Profesionales:

El estudio de los factores profesionales en este caso va dirigido específicamente a las cualidades y dificultades del psicoterapeuta que atiende los problemas psicológicos del paciente alcohólico.

Existen múltiples dificultades con las que se enfrenta el psicólogo en su esfuerzo por comprender, predecir y controlar o cambiar la conducta. Existen problemas de medición o cuantificación, a diferencia de las ciencias físicas. Así mismo, existen dificultades en el uso del método científico, además de las restricciones éticas y legales; así como la insuficiencia de fondos para la investigación básica a este nivel.

²³ DR. SALOMON, PHILIP; DR. PATCH, VERNON D. "Manual de Psiquiatría", Traducción del Dr. Soto R. Armando. Editorial El Manual Moderno S.A. México, D.F. 1972. p. 416.

²⁴ DR. SALOMON, PHILIP; DR. PATCH, VERNON D. "Manual de Psiquiatría" Traducción del Dr. Soto R. Armando. Editorial el Manual Moderno, S.A. México, D.F. 1972 p. 416.

El terapeuta debe contar con un conocimiento amplio respecto a los problemas psicológicos, especialmente en lo relativo al alcoholismo y otras dependencias químicas, así como del proceso de recuperación que juega un papel importante en el equipo de tratamiento.

Los terapeutas tienen necesidades racionales definidas, que comunican por sí mismos a los pacientes desde los primeros momentos del intercambio terapéutico. En ese proceso el terapeuta debe establecer límites, delimitando su perfil personal, al que el paciente debe ajustarse.²⁵

Debe evitar el ataque físico del paciente; debe expresar respuestas sinceras ya que son más tranquilizadoras que una actitud benevolente. El aspecto beneficioso de la fijación de límites es el sentimiento de que no es omnipotente. El terapeuta al definir su realidad fijando límites, establece simultáneamente la realidad del paciente. Debe evitar cualquier encuentro social; cuanto menos sepa el paciente del terapeuta, más posibilidades habrá de que sus reacciones hacia él sean transferencias, fantasías y actitudes despazadas. Mientras menos sepa de su terapeuta, más puras serán sus reacciones transferenciales.²⁶ La desventaja de esto es que no permite examinar las reacciones del paciente ante el terapeuta en otro ambiente, lo cual puede ayudarlo a lograr una comprensión, más honda de la estructura del carácter del paciente.

Aún aplicando los mejores recursos al alcance para lograr la asistencia del paciente a psicoterapia, algunas veces no funciona, pero existen otras maneras de poner una presión extra en el paciente para que entre a tratamiento. Esto consiste en involucrar en el tratamiento a una persona relevante en su ambiente; puede ser la familia, un sacerdote o patrón; o cualquiera que tenga contacto con él, siempre y cuando sean preparados previamente. El secreto de esa técnica es la preocupación por la persona, el amor y el interés genuino de ayudarla, y muchas veces, la fuerza y el impacto emocional de esta situación baja las defensas suficientemente para que la persona acepte el tratamiento. (Dr. John N. Chappel, Universidad de Nevada).

Existen ciertas normas éticas aplicadas a los estudiantes de psicología; el preámbulo de la declaración sobre las normas éticas adoptadas por la Asociación Psicológica Estadounidense (1963) señala:²⁷

El psicólogo cree en la dignidad y valía del ser humano individual. Queda comprometido a aumentar la comprensión que el hombre ha de tener de así mismo y

²⁵ SINGER, ERWIN, "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Fondo de Cultura Económica, México 1984.

²⁶ SINGER, ERWIN, "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Fondo de Cultura Económica, México 1984.

²⁷ WHITTAKER, JAMES O. SANDRA J. "Psicología" Editorial Interamericana S.A. México D.F. 1987. p. 785.

de los otros. Mientras prosigue esta empresa, protege el bienestar de cualquier persona que puede buscar sus servicios, o de cualquier sujeto, humano o animal, que puede ser objeto de su estudio. Si bien demanda para sí mismo la libertad de investigación, acepta también la responsabilidad que confiere esta libertad: de competencia, cuando la reclama; de objetividad en el informe de sus hallazgos, y de consideración para los mejores intereses de sus colegas y de su sociedad.

Al pie de las notas éticas señala que el estudiante de psicología que asume el papel de psicólogo debe ser considerado como tal para los objetivos de este código de ética. Se espera que señale su falta de competencia si se presentara la ocasión, y recomiende la ayuda profesional que resulte pertinente.

"Uno de los factores más importantes lo constituye la personalidad del terapeuta, en cuyas manos el mejor método puede resultar malo y uno defectuoso conseguir éxito".²⁸

1.4.5. Factores Psicológicos del Paciente:

"En muchas oportunidades la psicoterapia se ve afectada por la personalidad del paciente, quien puede responder o no a un tipo determinado de terapia; si un enfermo responde positivamente a una terapia, el éxito podrá deberse no al método mismo, sino a la fe del paciente en su curación. En este sentido, el poder de la sugestión ha sido reconocido desde tiempos antiguos".²⁹

La teoría de la personalidad se ocupa de distintos aspectos; en los pacientes con síndrome de dependencia alcohólica no se encuentra ningún indicio de personalidad única. Tampoco siguen un curso predeterminado. Sus relaciones interpersonales tienden a ser rígidas y estereotipadas y no gratificadoras. Niegan los sentimientos y las respuestas molestas; son frecuentes la indiferencia, los sentimientos de omnipotencia, de invulnerabilidad y una ausencia de dependencia con respecto a los demás. Así mismo, suele existir hostilidad, incapacidad de conseguir una adaptación sexual satisfactoria y depresión.

En su desarrollo psicosexual temprano, la pérdida del objeto amado puede dar origen a exigencias excesivas, primitivas que no es posible satisfacer, ya relaciones interpersonales insatisfactorias, realizando sentimientos de pérdida y rechazo. Estos sentimientos son tan fuertes, que la hostilidad se manifiesta en forma autodestructiva,

²⁸ SINGER, ERWIN. "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia". Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1984.

²⁹ WOLFF, WERNER. "Introducción a la Psicología". Brelarios. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1976

lo que explica su inclinación por el alcohol; en otros casos, dicha tendencia puede ser menos intensa.

El paciente alcohólico utiliza principalmente mecanismos defensivos como la evasión, racionalización, represión, proyección, negación, delusión, resistencia y maneja baja tolerancia a la frustración. Entre estos mecanismos destaca la resistencia, que se opone a que lo reprimido se vuelva consciente; a través de ella trata de evitar los recuerdos y los insights que provocarían angustia y serían dolorosos si se encararan de manera consciente. (Kolb) "Se expresa en la tendencia de muchos pacientes a rechazar frecuentemente y de modo enérgico las interpretaciones que se les ofrece, es una conducta de sutil rechazo".³⁰

Los pacientes que buscan la ayuda psicoterapéutica, pese a su conflicto, llevan a cabo intentos de sabotear los esfuerzos terapéuticos a pesar de haber acudido voluntariamente en busca de bienestar emocional.

La resistencia está al servicio de la evasión, la cual pretende evitar la angustia que surgiría de expresar ese material reprimido. (Fromm - Reichmann 1958).

En realidad los significados que se asignan a la resistencia varían de una escuela psicoterapéutica a otra, en la medida en que difieren sus respectivas teorías sobre la angustia.

Actualmente la resistencia se ve más como expresión de la convicción del paciente de que ha encontrado un camino para aliviar la angustia y mantener cierta apariencia de autoestimación, dignidad y vida.

El ataque del terapeuta a la resistencia, sea cual sea la angustia que produce al paciente es su voto de confianza en la capacidad de éste para hallar una alternativa de tranquilidad. La investigación de la resistencia es la exploración de las capas más profundas de la vida psíquica del paciente, porque es un intento para ayudarlo a crear de nuevo premisas inconscientes de su existencia.

No importa que tanta habilidad profesional, experiencia en la vida y éxito práctico haya detrás de las sugerencias y consejos del terapeuta; la persona que rechaza ayuda aniquila y descarta todo. Los pacientes a menudo tienden a utilizar su diferencia para sentirse aislados de los demás de una forma consciente, incómoda y retraída. Los pacientes en terapia externa y en grupos de actividad, al igual que los

³⁰ SINGER, ERWIN. "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Fondo de Cultura Económica. México 1984.

que están en grupos internos de hospital, con frecuencia encuentran alguna manera de definirse y separarse de los otros, lo que después sirve para hacerlos sentir aún peor. Es un proceso de autoderrota, autonegación o escape de la responsabilidad de arriesgar la intimidad, obligación o relación con otros.³¹

Así mismo, a través de la negación, el paciente rechaza cualquier interpretación amenazadora de su situación emocional afectada. Tiende a evadir su realidad y racionaliza, es decir, da explicaciones aparentemente lógicas a sus dificultades, con lo cual perpetúa la enfermedad.

Los factores psicológicos del enfermo alcohólico están íntimamente relacionados con los factores socioeconómicos y culturales en la dinámica de abordamiento del problema. Los terapeutas y las instituciones ofrecen alternativas para la rehabilitación, pero también cuentan con limitaciones dentro de este proceso.

CAPITULO II

METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

2.1. Planteamiento del Problema:

La drogadicción es un problema de actualidad, que crece progresivamente en las diferentes culturas del mundo. Siendo el alcohol un producto de carácter adictivo, genera similares consecuencias a las de otras drogas. El deterioro de la personalidad del alcohólico sus frustraciones y trastornos psíquicos, derivan problemas tales como prostitución, promiscuidad sexual, delincuencia, accidentes de tránsito, desintegración familiar, abuso sexual y de poder, suicidios, homicidios, crímenes violentos y, en general, muchas dificultades de carácter social.

Ante esta situación vivencial de nuestra sociedad, se hace necesario implementar mecanismos correctivos, entre los que se encuentra el abordamiento psicológico como complemento al tratamiento médico hospitalario. En este sentido, la psicología ofrece alternativas válidas y consistentes para las diferentes etapas del problema, tanto a nivel preventivo, como clínico.

³¹ BERGER. MILTON M. "Como trabajar con Pacientes". Editorial Concepto. S.A. México D.F. p. 249.

Partiendo de lo anterior, surge el interés por determinar las causas que limitan la rehabilitación psicosocial de los pacientes alcohólicos del Patronato Antialcohólico, con la finalidad de facilitar mejoras en el servicios psicológico institucional, tomando en cuenta que, a través de la experiencia adquirida y las observaciones realizadas se ha comprobado una marcada inasistencia de los pacientes al tratamiento psicológico inicial, así como al de seguimiento dentro del programa de rehabilitación, desconociéndose las causas específicas de la misma. Con dicha investigación se logrará visualizar medidas de corrección, así como también, factores importantes asociados al problema descrito.

2.2. Objetivos del E.P.S.

2.2.1. Objetivo General.

El practicante del E.P.S. deberá coordinar y participar en actividades específicas de investigación, docencia y servicio, encaminadas al abordamiento y superación, generando aportes científicos tendientes a su solución en Guatemala.

2.2.2 Objetivos Especificos

2.2.2.1. Objetivos del Servicio:

- a) Impartir psicoterapia individual y grupal a los internos en al Patronato Antialcohólico.
- b) Impartir psicoterapia individual y familiar de seguimiento.
- c) Servir charlas acerca del alcoholismo a entidades del Estado y/o particulares que lo soliciten con anticipación.
- d) Asesorar a los estudiantes practicantes en la ejecución de sus actividades.
- e) Desarrollar actividades prácticas de capacitación e información en cuanto al manejo de expedientes y fichas clínicas dirigido a estudiantes practicantes.

- f) Llenar adecuadamente la ficha clínica psicológica del interesado y registro de los pacientes del Patronato Antialcohólico, así como su respectiva hoja de evolución.
- g) Determinar y consignar la impresión clínica, pronóstico y tratamiento de psicoterapia propuesto para los pacientes internos del Patronato Antialcohólico.
- h) Implementar sobre planes de tratamiento a los estudiantes practicantes.
- i) Desarrollar actividades de promoción interna y externa del Departamento de Psicología del Patronato Antialcohólico.
- j) Hacer conciencia y orientar sobre los problemas del alcoholismo a los pacientes de la Institución, sus familias y público en general.
- k) Velar por el adecuado cumplimiento y rendimiento del grupo de estudiantes practicantes asignados al E.P.S.
- l) Participar activamente de las actividades propias del Patronato Antialcohólico que sean solicitadas.
- m) Evaluar la eficiencia y eficacia de las actividades realizadas y promover mejoras.

2.2.2.2. Objetivos de Docencia:

- a) Desarrollar temas científicos orientados al conocimiento del alcoholismo, dirigido a los estudiantes practicantes.
- b) Coordinar discusiones de casos periódicamente, con los psicólogos-practicantes.
- c) Servir charlas de información y concientización acerca de aspectos psicológicos en el paciente alcohólico, al personal paramédico y de servicio.
- d) Organizar y participar en visitas a Alcohólicos Anónimos con los estudiantes practicantes.

2.2.2.3. Objetivos de la Investigación:

- a) Determinar cuáles son las principales limitaciones existentes en la rehabilitación psicosocial de los pacientes alcohólicos de una muestra significativa del Patronato Antialcohólico, proporcionando a la Institución elementos importantes que sirvan para su corrección.
- b) Plantear en forma escrita antecedentes acerca de las causas que limitan la rehabilitación psicosocial de los pacientes, que puedan servir como aporte científico para futuras investigaciones al respecto.
- c) Plantear en forma escrita conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación, con la finalidad de mejorar el servicio, en beneficio de los pacientes y de la Institución.

2.3. Metodología de Abordamiento.

2.3.1. Metodología del Servicio:

El servicio es cubierto a nivel de atención psicoterapéutica a los pacientes; de implementación y supervisión a los practicantes, y a nivel preventivo.

Se desarrolla psicoterapia individual a pacientes internos, reincidentes y de primer ingreso, así como a pacientes externos de seguimiento, impartiendo además, terapia grupal, familiar y de pareja.

El E.P.S. tiene a su cargo un grupo de psicólogos-practicantes, a quienes proporciona implementación acerca del uso de los instrumentos utilizados en el Departamento, principalmente de la hoja de evolución y la ficha clínica, asignando casos para su abordamiento psicoterapéutico. Se constituye en asesor de las actividades realizadas por los practicantes, supervisando su cumplimiento, asistencia y rendimiento, a través de evaluaciones periódicas, y promoviendo además, reuniones de grupo para planificar terapias grupales y/o actividades importantes. Se desarrollan charlas de prevención del alcoholismo y la drogadicción, dirigidas a estudiantes, a instituciones y a otras personas en general, interesadas en el problema, atendiendo solicitudes formales dirigidas al Departamento, a través de la Administración del Patronato Antialcohólico.

2.3.2. Metodología de la Docencia:

La docencia es dirigida principalmente al interior del grupo de estudiantes-practicantes, en virtud de las necesidades presentadas al ingreso de los nuevos elementos al Departamento de Psicología.

Al iniciar el ciclo se efectuó un panel acerca del alcoholismo, con la finalidad de proporcionar a los nuevos elementos una visión general del problema; dicho panel se planificó en coordinación con el Supervisor de Práctica, así como con el asesor de E.P.S. y los cinco Epesistas, quienes desarrollaron los contenidos planificados según una distribución proporcional.

Se impartió implementación y adiestramiento acerca de los instrumentos y materiales utilizados en el Departamento: libros de control, asistencia, registros, cuadernos de citas, hojas de evolución y fichas clínicas.

Se implementó teóricamente a los psicólogos-practicantes a través de exposiciones según calendario establecido previamente, explicando diferentes temas, útiles en el abordamiento psicoterapéutico, partiendo de resúmenes y análisis de libros de autores importantes.

Se planificó en forma didáctica con los practicantes, terapias grupales, se discutieron casos especiales y se realizaron evaluaciones de las lecturas bibliográficas asignadas individualmente a cada uno de ellos.

2.3.3 Metodología de la Investigación:

Para el desarrollo de la investigación se seleccionó uno de los problemas más relevantes que enfrenta el Departamento de Psicología dentro del marco de referencia Institucional, siendo éste las "Limitaciones en la Rehabilitación Psicosocial de los pacientes Alcohólicos de una Muestra Significativa del Patronato Antialcohólico", tomando en cuenta que existe escasa asistencia por parte de los pacientes, al tratamiento psicológico, siendo éste un servicio incluido en el valor que cobra la Institución a sus ingresos, sin implicar valor adicional.

El problema se plantea como limitante del proceso terapéutico. tomando en cuenta las características que lo rodean, las cuales justifican la investigación. Se establecieron objetivos que generen resultados útiles, respaldándolos con un marco teórico, tanto general como específico del problema.

Se seleccionó un universo representativo de los pacientes atendidos en un lapso de tres meses, procediendo a realizar las cuantificaciones estadísticas y los resultados cualitativos; incluyendo el total de empleados del hospital, así como a los psicólogos-practicantes del Departamento de psicología, realizando por último análisis, conclusiones y recomendaciones del problema investigado.

2.4 Cuantificación del Universo y la Muestra Seleccionada:

El universo está constituido por 446 pacientes atendidos en el Patronato Antialcohólico, del 01 de enero al 30 de marzo de 1992, y por el conjunto de trabajadores de la Institución, que laboran en la misma a esa fecha, incluyendo al personal académico del Departamento de Psicología.

De los 446 pacientes atendidos durante el tiempo señalado se obtuvieron los resultados de los factores en evaluación, de una muestra constituida por 74 unidades de análisis, correspondientes al 16.59% del total, seleccionados al azar. De los Empleados y psicólogos-practicantes se tomó la totalidad, constituida por 52 unidades de análisis.

2.5 Procedimientos Estadísticos:

Se estableció un sistema de documentación estadística por evidencia concreta,³² es decir, un método de investigación de campo que pretende determinar los factores esenciales del fenómeno, a través de diferentes técnicas; en este caso la técnica del cuestionario, que permite determinar y medir actitudes y opiniones de la muestra en estudio. con preguntas abiertas, mixtas y de datos objetivos; a partir de los cuales se procede a realizar inferencias y a codificar la información, agrupando las repuestas en una distribución de frecuencias para los diferentes elementos y sus respectivas gráficas.

³² TECLA J., ALFREDO. "Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social".

2.6. Definición de Variables

2.6.1. Variables Generales:

- a) **Factor Socioeconómico:** Condiciones materiales de existencia, de acuerdo al nivel de ingresos y características particulares del grupo al que pertenece.
- b) **Factor Cultural:** Influencia del grupo social sobre las actitudes del individuo.
- c) **Factor Institucional:** Se refiere a la calidad de servicio que presta la entidad en sus diferentes órdenes, en función de la rehabilitación del paciente alcohólico.
- d) **Factor Profesional:** Va dirigido a las cualidades ideales, limitaciones y aspectos importantes del terapeuta.
- e) **Factor Psicológico del Paciente:** Conjunto de conductas y aspectos psíquicos característicos del alcohólico.

2.6.2. Variables Específicas

- a) **Edad:** Se refiere al tiempo que ha vivido el paciente, desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha en que se le aplicó el cuestionario; es decir su edad cronológica.
- b) **Sexo:** Constituye la diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.
- c) **Escolaridad:** Nivel académico alcanzado; último grado de estudios formales aprobados por el paciente.
- d) **Ocupación:** Actividad a la cual se dedica cotidianamente el paciente.
- e) **Número de Ingresos:** Cantidad de internamientos acumulados a la fecha de aplicación del cuestionario.

- f) **Servicio Institucional:** Opinión respecto a la calidad del servicio que presta el personal del Patronato Antialcohólico, así como de su infraestructura.
- g) **Servicio del Departamento de Psicología:** Opinión del paciente respecto a la calidad del servicio que prestan los psicólogos-practicantes del Departamento de psicología del Patronato Antialcohólico.
- h) **Obstáculos Para Asistir al Tratamiento:** Situaciones que impiden la asistencia de los pacientes a su cita de tratamiento psicológico con fines de rehabilitación psicosocial.
- i) **Alternativas para Resolver el Alcoholismo:** Se refiere a las formas que el paciente considera más efectivas para solucionar el problema de la bebetoria alcohólica.
- j) **Interés por la Recuperación Psicológica:** Pretende determinar el grado de aceptación y conciencia existente hacia el tratamiento psicológico.
- k) **Conocimiento de Psicología:** Se refiere a la idea que los pacientes y el personal de la Istitución tienen respecto a lo que es la psicología y su utilidad.
- l) **Opinion del Personal acerca de los Pacientes:** En base a la experiencia en el trato con los pacientes, los empleados de los distintos servicios de la Institución exponen los comentarios que escuchan con más frecuencia de los pacientes internos.
- m) **Quejas más Frecuentes del Paciente:** Opinión el personal respecto a las quejas o denuncias efectuadas por los pacientes durante su internamiento.
- n) **Interés por la Recuperación Psicológica:** Opinión del personal de acuerdo a observaciones realizadas durante su experiencia laboral en el Patronato Antialcohólico, con respecto a si los pacientes se interesan por el tratamiento psicológico o únicamente por el tratamiento médico.

- ñ) **Obstaculos para Asistir a Tratamiento Psicológico:** Opinión del personal con respecto a las situaciones que limitan la asistencia de los pacientes a tratamiento psicológico.
- o) **Estado Emocional del Paciente Interno:** Opinión del personal, de acuerdo a su experiencia, respecto a la conducta que manifiesta el paciente interno.

CAPITULO III

PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS DEL SERVICIO Y LA DOCENCIA.

FECHA	RESULTADOS DEL SERVICIO	RESULTADOS DE LA DOCENCIA
DEL 01 AL 15 MARZO 1991	Asignación de once pacientes internos. Atención de cuatro pacientes internos. Supervisión y revisión de hojas de evolución y fichas clínicas.	Exposición en Panel, acerca del Alcoholismo y su incidencia Psicológica Implementación y adiestramiento acerca de los instrumentos utilizados en el Departamento de Psicología, a los psicólogos practicantes de nuevo ingreso Discusión de casos.
DEL 16 AL 31 MARZO 1991	Asignación de cinco pacientes internos. Atención de un paciente de reingreso. Supervisión y revisión de hojas de evolución y tres fichas clínicas.	Exposición de un capítulo del libro "La entrevista Psiquiátrica". Implementación teórica y adiestramiento acerca de los instrumentos y su utilización, a los practicantes de nuevo ingreso. Evaluación del libro "La entrevista Psiquiátrica". Discusión de casos.
DEL 01 AL 15 ABRIL 1991	Asignación de ocho pacientes internos. Atención de cinco pacientes: uno de seguimiento, dos de reingreso y uno de primer ingreso. Psicoterapia de grupo.	Planificación de la terapia grupal con los psicólogos-practicantes. Implementación y adiestramiento acerca de los instrumentos utilizados en el Departamento, a los practicantes de nuevo ingreso.

FECHA	RESULTADOS DEL SERVICIO	RESULTADOS DE LA DOCENCIA
DEL 16 AL 30 ABRIL 1991	Asignación de diez pacientes internos. Atención de dos pacientes Psicoterapia de grupo	Implementación y adiestramiento acerca de los instrumentos utilizados en el Departamento de Psicología, a los Psicólogos-practicantes de nuevo ingreso. Tres reuniones de estudio respecto al examen mental. Discusión de casos.
DEL 01 AL 15 MAYO 1991	Asignación de seis pacientes internos. Atención de un paciente de seguimiento. Psicoterapia de grupo. Revisión de fichas clínicas	Discusión de casos
DEL 16 AL 31 MAYO 1991	Asignación de doce pacientes internos. Atención de tres pacientes internos. Atención de dos pacientes externos de seguimiento. Revisión de hojas de evolución y fichas clínicas	Discusión de casos
DEL 01 AL 15 JUNIO 1991	Asignación de cinco pacientes internos. Atención de un paciente interno. Psicoterapia de grupo. Atención de dos pacientes externos de seguimiento. Charla a estudiantes de primaria y bachillerato que consultaron al Departamento.	Discusión de casos
DEL 16 AL 30 JUNIO 1991	Asignación de seis pacientes internos. Atención de un pacientes externo de seguimiento. Revisión de hojas de evolución y fichas clínicas	Planificación de terapias de grupo.

FECHA	RESULTADOS DEL SERVICIO	RESULTADOS DE LA DOCENCIA
DEL 01 AL 15 JULIO 1991	Asignación de seis pacientes internos. Atención de un paciente externo Psicoterapia de pareja. Supervisión y revisión de hojas De evolución y fichas clínicas.	Evaluación didáctica de las terapias de grupo efectuadas con anterioridad
DEL 16 AL 31 JULIO 1991	Asignación de doce pacientes internos. Atención de un paciente de seguimiento externo. Atención de dos pacientes internos. Supervisión y revisión de hojas de evolución y fichas clínicas.	Reunión de grupo, planificación de actividades y evaluación de experiencias alcanzadas a la fecha. Discusión de casos.
DEL 01 AL 15 AGOSTO 1991	Asignación de siete pacientes internos. Supervisión y revisión de hojas de evolución y fichas clínicas.	Discusión de casos
DEL 16 AL 31 AGOSTO 1991	Asignación de diez y nueve pacientes internos. Atención de cinco pacientes internos.	Implementación teórica respecto al alcoholismo, dirigida a los Psicólogos-practicantes.
DEL 01 AL 15 DE SEPT. 1991	Asignación de quince pacientes internos. Atención de un paciente interno Atención de dos pacientes de seguimiento. Revisión de hojas de evolución y fichas clínicas. Psicoterapia de pareja. Charla sobre alcoholismo y drogadicción a noventa y cinco estudiantes del ciclo básico del Instituto de Educación Básica Por Cooperativa del municipio de Parramos, Chimaltenango.	Evaluación del Segundo momento de práctica de IV y V grado de psicología.

FECHA	RESULTADOS DEL SERVICIO	RESULTADOS DE LA DOCENCIA
DEL 16 AL 30 SEPT. 1991	Asignación de doce pacientes internos. Atención de tres pacientes internos Psicoterapia familiar. Atención de un paciente de seguimiento externo.	Implementación teórica exposición del caso "La Ciencia y el Adivino". Entrega de informe de evaluación
DEL 01 AL 15 OCT. 1991	Asignación de doce pacientes internos. Atención de dos pacientes internos	Implementación teórica exposición del tema "Divergencias del Psicoanálisis II".
DEL 16 AL 31 OCT. 1991	Asignación de cinco pacientes internos. Atención de un paciente interno Atención de un paciente de seguimiento externo.	Implementación teórica, exposición del tema "Las Navidades con mamá".
DEL 01 AL 15 NOV. 1991	Asignación de nueve pacientes internos. Supervisión y revisión de hojas de evolución y fichas clínicas.	Exposición del tema de implementación "El terapeuta era un demonio" Evaluación del tercer momento de la práctica de IV y V grado de psicología dentro de la Institución.
DEL 16 AL 30 NOV. 1991	Asignación de cinco pacientes internos. Atención de cinco pacientes internos.	Entrega de informe de evaluación Control de la actividad de implementación calendarizada.
DEL 01 AL 15 DIC. 1991	Asignación de seis pacientes internos. Atención de tres pacientes internos.	Control de la actividad de implementación calendarizada previamente. Finalización de la actividad docente.
DEL 16 AL 31 DIC. 1991	Asignación de dos pacientes externos.	

FECHA	RESULTADOS DEL SERVICIO	RESULTADOS DE LA DOCENCIA
DEL 01 AL 15 ENERO 1992	Asignación de cinco pacientes internos. Atención de tres pacientes internos y dos externos	
DEL 16 AL 31 ENERO 1992	Asignación de veintiséis pacientes internos. Atención de siete pacientes externos.	
DEL 01 AL 15 FEB. 1992	Asignación de trece pacientes internos. Atención de seis pacientes externos y uno interno.	
DEL 16 AL 28 FEB. 1992	Asignación de veintiséis pacientes internos. Atención de cuatro pacientes externos.	
DEL 01 AL 15 MARZO 1992	Asignación de ocho pacientes internos. Atención de tres pacientes externos de seguimiento.	

3.2. Presentación de Resultados de la Investigación.

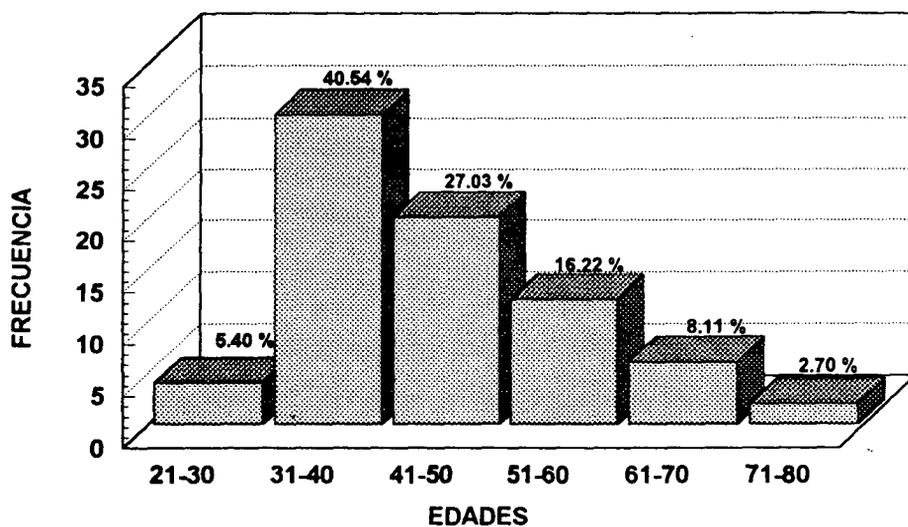
CUADRO No. 01

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE EDADES
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

EDADES (INTERVALOS)	f	%
21 -- 30	04	5.40
31 -- 40	30	40.54
41 -- 50	20	27.03
51 -- 60	12	16.22
61 -- 70	06	8.11
71 -- 80	02	2.70
TOTALES	74	100.00

EDADES EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO
ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992



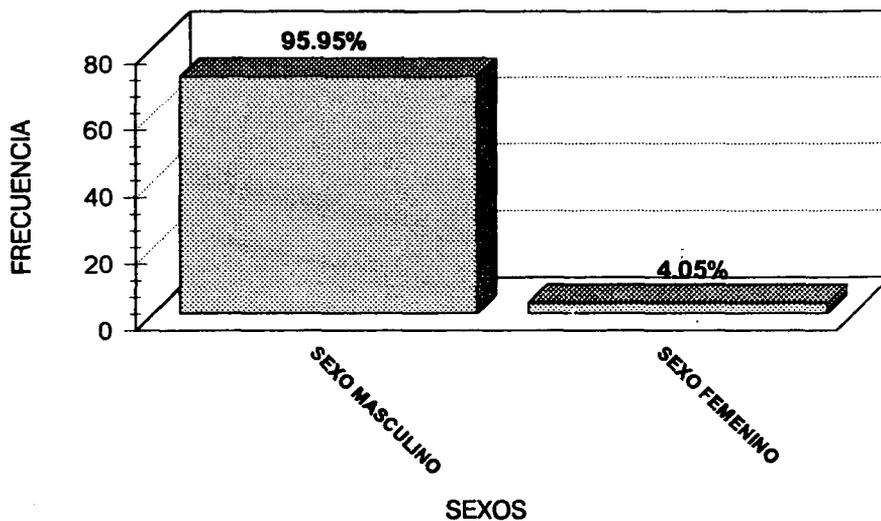
CUADRO No. 02

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE SEXO
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

SEXO	f	%
Masculino	71	95.95
Femenino	03	4.05
TOTALES	74	100.00

FRECUENCIA POR SEXOS EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992



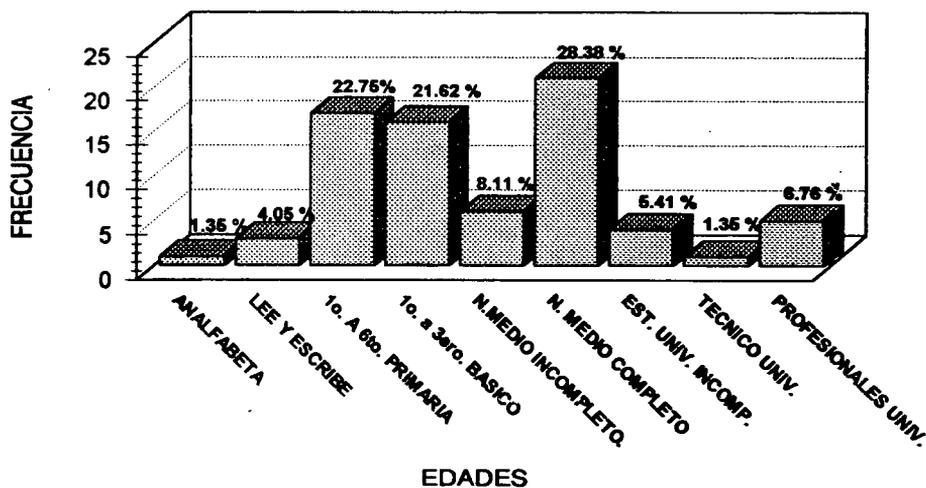
CUADRO No. 03

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ESCOLARIDAD
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL
PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS DEL
01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

ESCOLARIDAD	f	%
Analfabeta	01	1.35
Lee y escribe	03	4.05
De 1o. a 6o. grado de primaria	17	22.97
De 1o. a 3o. grado básico	16	21.62
Nivel medio incompleto	06	8.11
Nivel medio completo	21	28.38
Estudios Universitarios incompletos	04	5.41
Técnico Univesitario	01	1.35
Profesionales Universitarios	05	6.76
TOTALES	74	100.00

ESCOLARIDAD EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992

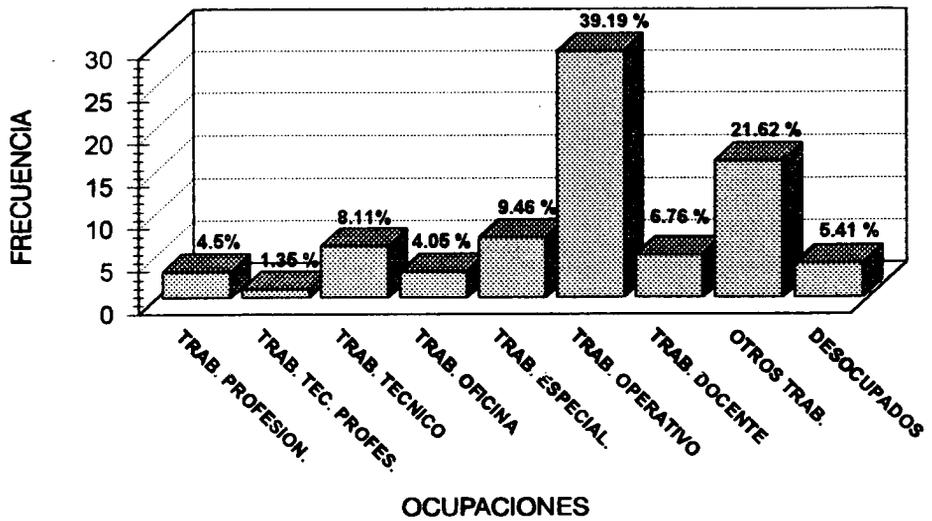


CUADRO No 04**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OCUPACIONES
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL
PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS DEL
01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

OCUPACION	f	%
Trab. profesional	03	4.05
Trab. técnico profesional	01	1.35
Trab. técnico	06	8.11
Trab. oficina	03	4.05
Trab. especializado	07	9.46
Trab. operativo	29	39.19
Trab. docente	05	6.76
Otros trab.	16	21.62
Desocupados	04	5.41
TOTALES	74	100.00

OCUPACION EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992



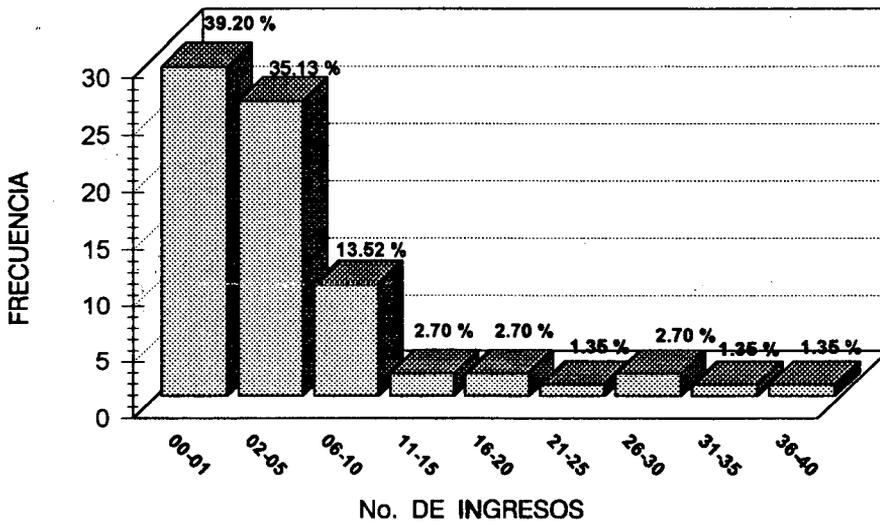
CUADRO No. 05

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE INGRESOS A LA INSTITUCION,
ACUMULADOS EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL
PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS DEL
01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

No. DE INGRESOS AL PATRONATO ANTIALCOHOLICO (INTERVALOS)	f	%
00 -- 01	29	39.20
02 -- 05	26	35.13
06 -- 10	10	13.52
11 -- 15	02	2.70
16 -- 20	02	2.70
21 -- 25	01	1.35
26 -- 30	02	2.70
31 -- 35	01	1.35
36 -- 40	01	1.35
TOTALES	74	100.00

NUMERO DE INGRESOS A LA INSTITUCION, ACUMULADOS EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992



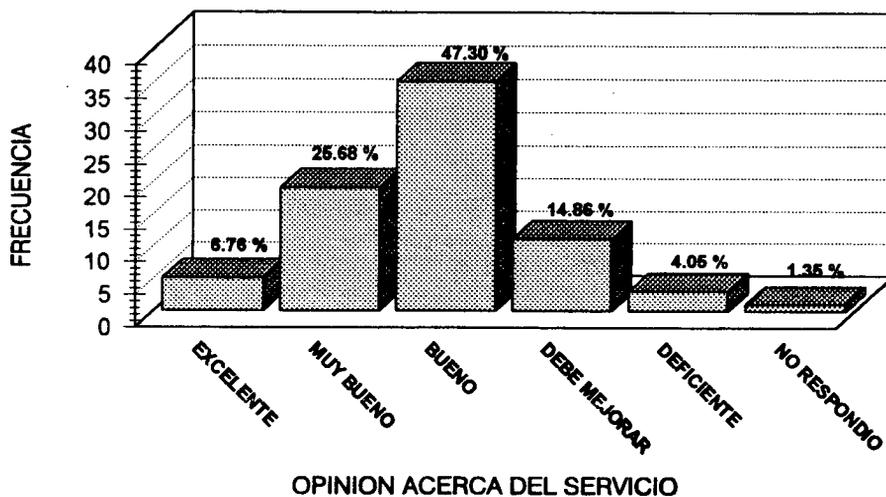
CUADRO No. 06

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OPINION
ACERCA DEL SERVICIO GENERAL DE LA INSTITUCION EN
PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

OPINION ACERCA DEL SERVICIO	f	%
Excelente	05	6.76
Muy bueno	19	25.68
Bueno	35	47.30
Debe mejorarse	11	14.86
Deficiente	03	4.05
No respondió	01	1.35
TOTALES	74	100.00

OPINION ACERCA DEL SERVICIO GRAL. DE LA INST. EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992

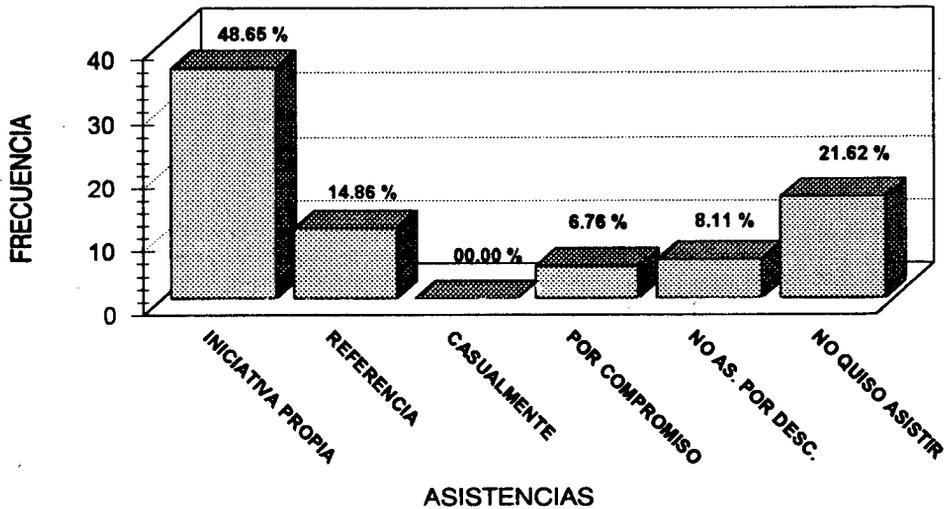


CUADRO No. 7

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ASISTENCIA
AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA INSTITUCION,
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

ASIST. AL DEPTO. DE PSICOLOGIA- MOTIVOS-	f	%
Asistió por iniciativa propia	36	48.65
Asistió por referencia	11	14.86
Asistió casualmente	00	0.00
Asistió por compromiso	05	6.76
No asistió por desconocimiento	06	8.11
No quiso asistir	16	21.62
TOTALES	74	100.00

ASISTENCIA AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA INSTITUCION EN
PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO
ANTI ALCOHOLICO
ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992

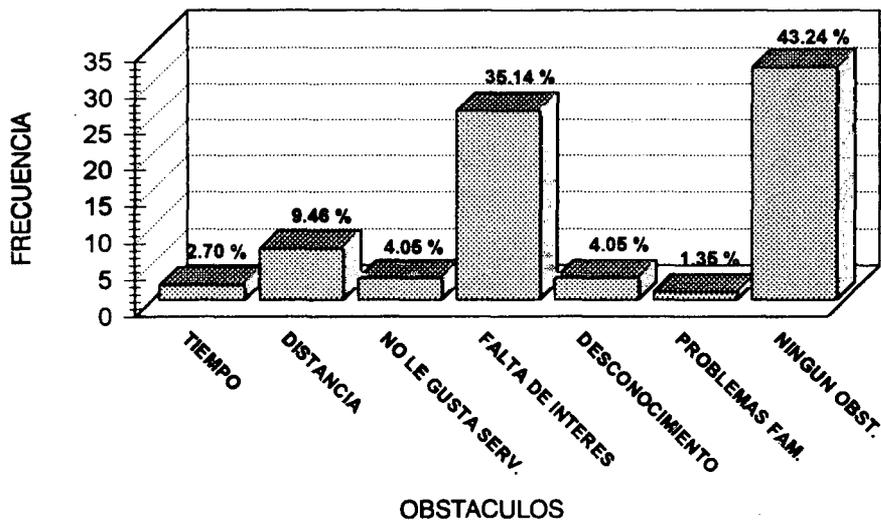


CUADRO No. 08**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OBSTACULOS
PARA ASISTIR A TRATAMIENTO PSICOLOGICO
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MAYO DE 1992**

OBSTACULOS PARA ASISTIR A TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA INSTITUCION	f	%
Tiempo	02	2.70
Distancia	07	9.46
No le gusta el servicio	03	4.05
Falta de interés	26	35.14
Desconocimiento	03	4.05
Problemas familiares	01	1.35
Ningun obstáculo	32	43.24
TOTALES	74	100.00

OBSTACULOS PARA ASISTIR A TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN PACIENTES DE
UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992

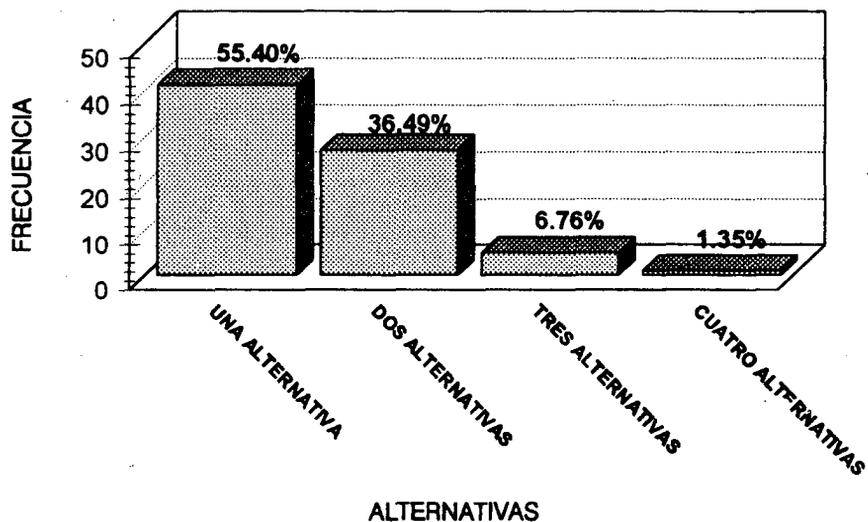


CUADRO No. 9

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CANTIDAD
DE ALTERNATIVAS CONSIDERADAS PARA RESOLVER EL ALCOHOLISMO
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

CANTIDAD DE ALTERNATIVAS CONSIDERADAS	f	%
Una alternativa	41	55.40
Dos alternativas	27	36.49
Tres alternativas	05	6.76
Cuatro alternativas	01	1.35
TOTALES	74	100.00

CANTIDADES DE ALTERNATIVAS CONSIDERADAS PARA RESOLVER EL ALCOHOLISMO EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992



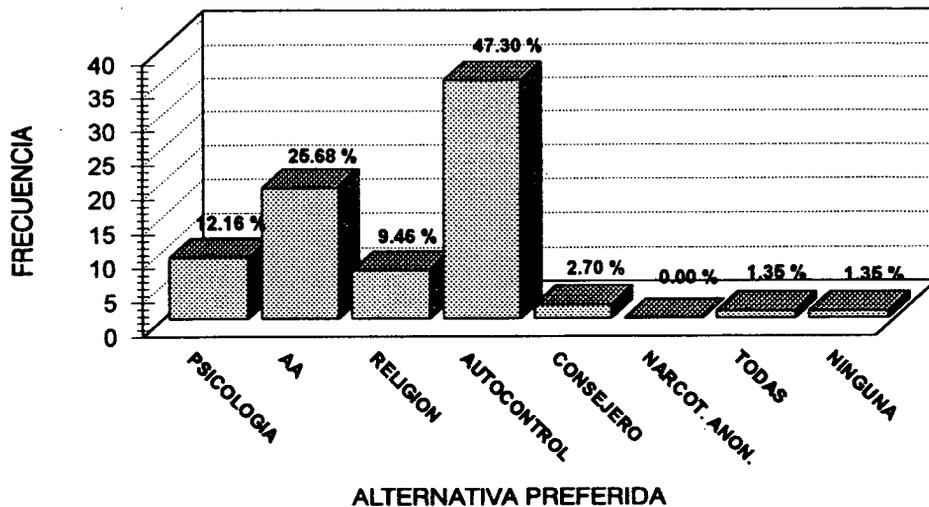
CUADRO No. 10

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ALTERNATIVA PREFERIDA
PARA RESOLVER EL ALCOHOLISMO
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

ALTERNATIVA PREFERIDA	f	%
Psicología	09	12.16
Alcohólicos Anónimos	19	25.68
Religión	07	9.46
Autocontrol	35	47.30
Consejero	02	2.70
Narcóticos Anónimos	00	0.00
Todas	01	1.35
Ninguna	01	1.35
TOTALES	74	100.00

ALTERNATIVA PREFERIDA PARA RESOLVER EL ALCOHOLISMO EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992



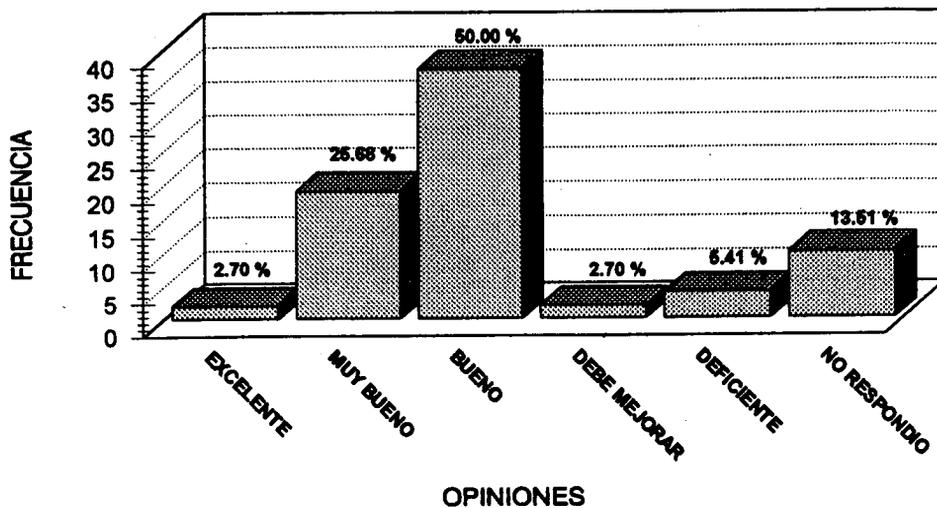
CUADRO No. 11

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE OPINION
ACERCA DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA INSTITUCION
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

OPINION RESPECTO AL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO	f	%
Excelente	02	2.70
Muy bueno	19	25.68
Bueno	37	50.00
Debe mejorarse	02	2.70
Deficiente	04	5.41
No respondió	10	13.51
TOTALES	74	100.00

OPINION ACERCA DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA INST. EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992



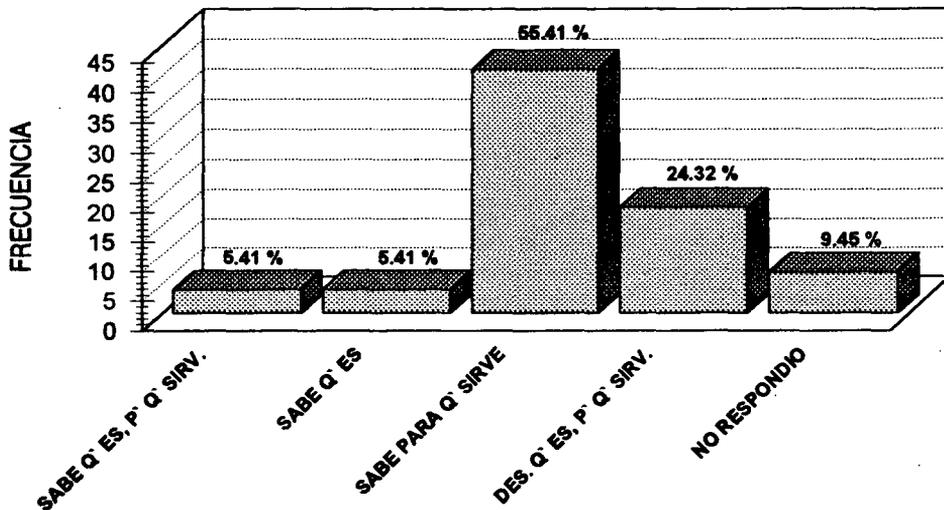
CUADRO No. 12

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DEL CONOCIMIENTO BASICO ACERCA DE LA PSICOLOGIA
EN PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA
DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, ATENDIDOS
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992**

CONOCIMIENTO DE LA PSICOLOGIA EN PACIENTES	f	%
Sabe que es y para que sirve	04	5.41
Sabe que es	04	5.41
Sabe para que sirve	41	55.41
Desconoce que es y para que sirve	18	24.32
No respondió	07	9.45
TOTALES	74	100.00

CONOCIMIENTO BASICO ACERCA DE LA PSICOLOGIA EN PACIENTES DE UNA
MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO

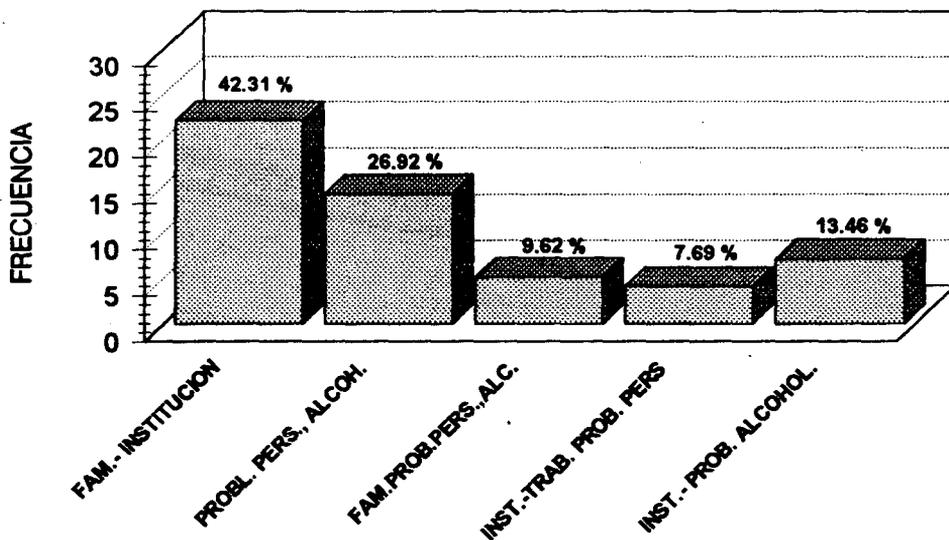
ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 MARZO DE 1992



CUADRO No. 13**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE COMENTARIOS MAS FRECUENTES ENTRE PACIENTES INTERNOS
EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, SEGUN OPINION DEL PERSONAL**

OPINIONES	f	%
Familia - Institución	22	42.31
Problemas personales - Probl. alcohólico	14	26.92
Familia - Probl. personales - Probl. alcohólico	05	9.62
Institución - Trabajo - Probls. personales	04	7.69
Institución - Problema alcohólico	07	13.46
TOTALES	52	100.00

COMENTARIOS MAS FRECUENTES ENTRE PACIENTES INTERNOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO SEGUN OPINION DEL PERSONAL

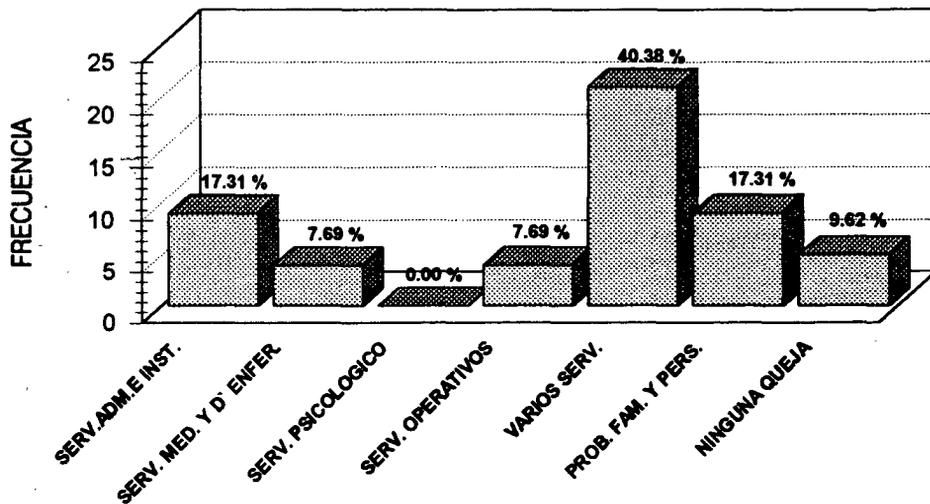


CUADRO No. 14

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE QUEJAS MAS FRECUENTES DE LOS PACIENTES INTERNOS
EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, SEGUN OPINION DEL PERSONAL**

QUEJAS	f	%
Servicio administrativo e instalaciones	09	17.31
Servicio médico y de enfermería	04	7.69
Servicio Psicológico	00	0.00
Serv. cocina, camarería, mantenimiento y vigilancia (Servicios Operativos)	04	7.69
Varios servicios	21	40.38
Problemas familiares y personales	09	17.31
Ninguna queja	05	9.62
TOTALES	52	100.00

QUEJAS MAS FRECUENTES DE LOS PACIENTES INTERNOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, SEGUN OPINION DEL PERSONAL

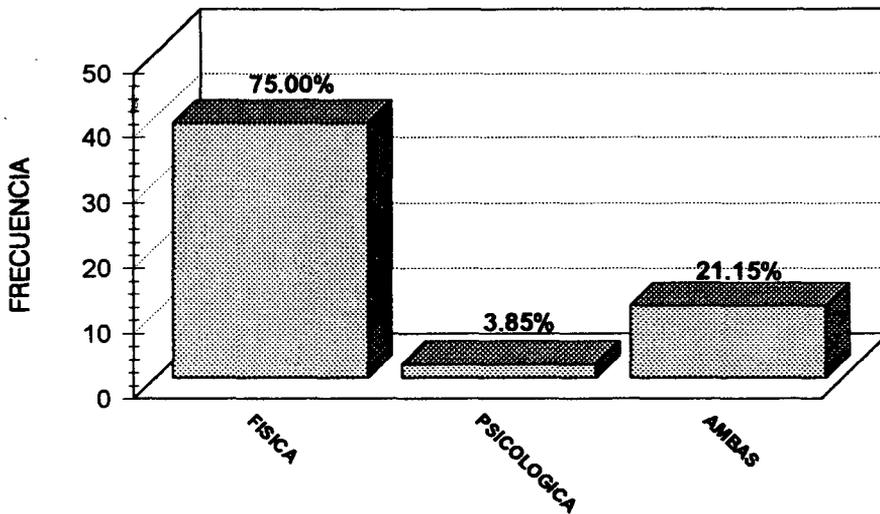


CUADRO No. 15

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE PREFERENCIA POR LA RECUPERACION FISICA Y/O PSICOLOGICA
OBSERVADA EN LOS PACIENTES DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO,
SEGUN OPINION DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION**

TIPO DE RECUPERACION PREFERIDA	f	%
Física	39	75.00
Psicológica	02	3.85
Ambas	11	21.15
TOTALES	52	100.00

FRECUENCIA POR LA RECUPERACION FISICA Y/O PSICOLOGICA OBSERVADA
EN LOS PACIENTES DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DEL PATRONATO
ANTIALCOHOLICO
ATENDIDOS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 1992

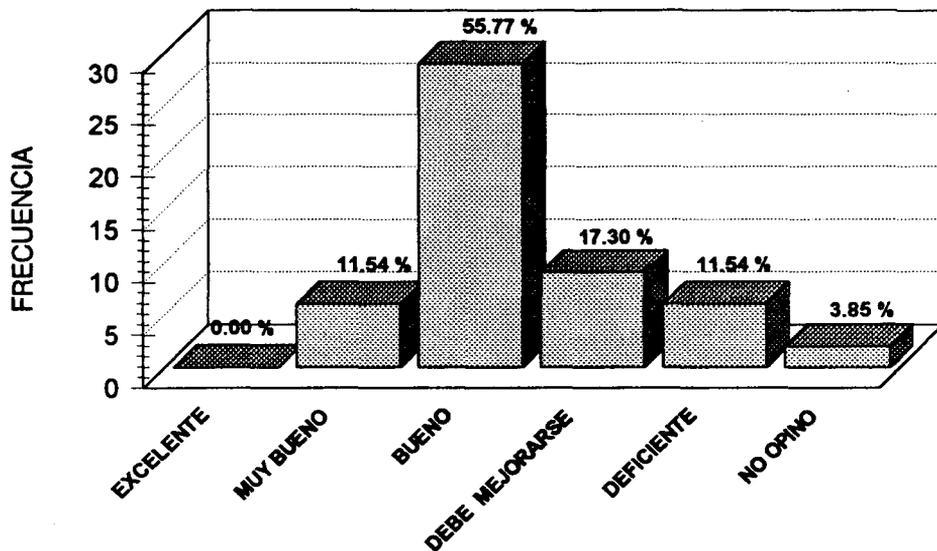


CUADRO No. 16

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE LA OPINION DEL PERSONAL DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO
ACERCA DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO
BRINDADO EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

OPINION	f	%
Excelente	00	0.00
Muy bueno	06	11.54
Bueno	29	55.77
Debe mejorarse	09	17.30
Deficiente	06	11.54
No opinó	02	3.85
TOTALES	52	100.00

OPINION DEL PERSONAL DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO ACERCA DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO BRINDADO EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

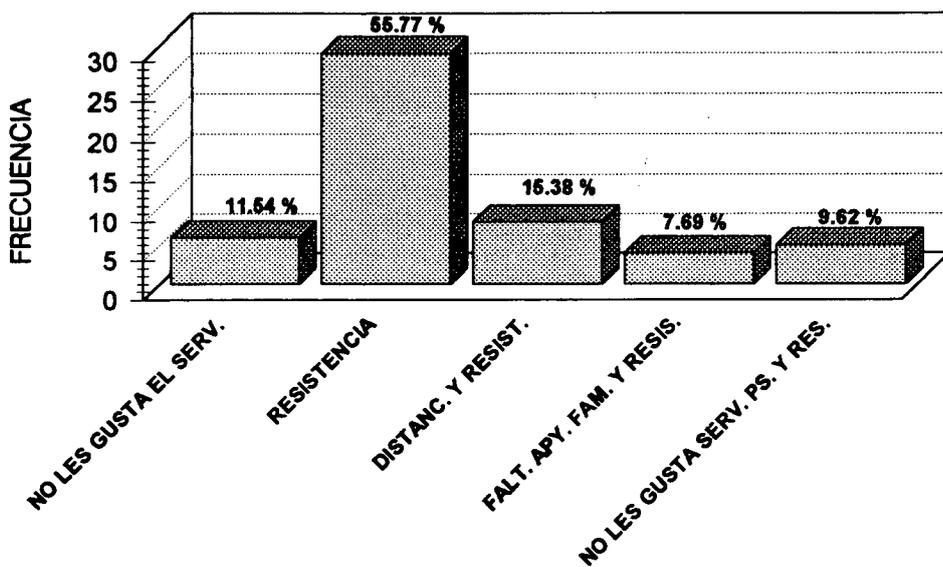


CUADRO No. 17

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE LOS MOTIVOS QUE SEGUN EL PERSONAL IMPIDE LA ASISTENCIA
DE LOS PACIENTES DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO
AL TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN LA INSTITUCION**

MOTIVOS QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES A TRATAMIENTO PSICOLOGICO.	f	%
No les gusta el servicio psicológico	06	11.54
Resistencia	29	55.77
Distancia y resistencia	08	15.38
Falta de apoyo familiar y resistencia	04	7.69
No le gusta el servicio y resistencia	05	9.62
TOTALES	52	100.00

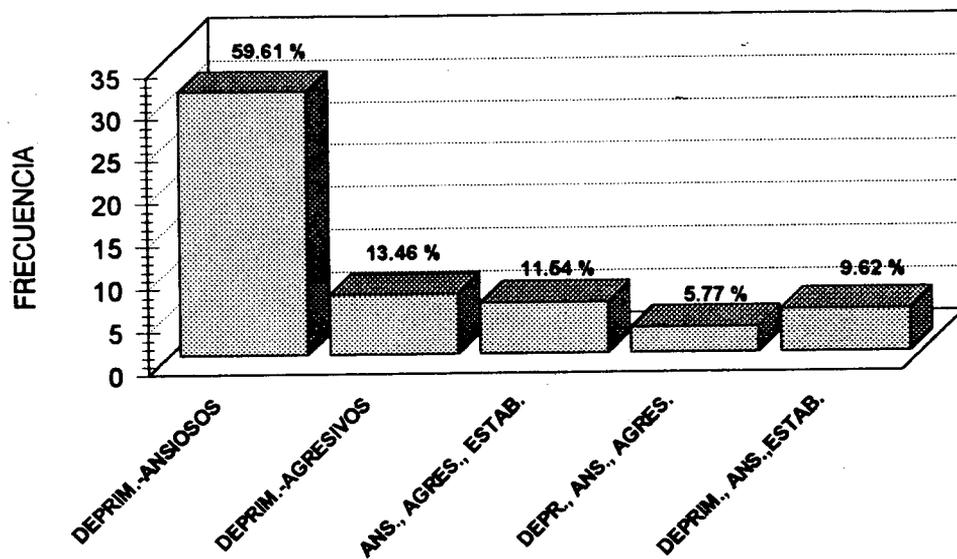
**MOTIVOS QUE SEGUN EL PERSONAL, INPIDEN LA ASISTENCIA DE LOS
PACIENTES DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO AL TRATAMIENTO
PSICOLOGICO EN LA INSTITUCION**



CUADRO No. 18**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DEL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES INTERNOS
EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, SEGUN OPINION DEL PERSONAL**

ESTADO EMOCIONAL	f	%
Deprimidos - ansiosos	31	59.61
Deprimidos - agresivos	07	13.46
Ansiosos - agresivos - estables	06	11.54
Deprimidos - ansiosos - agresivos	03	5.77
Deprimidos - ansiosos - estables	05	9.62
TOTALES	52	100.00

ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES INTERNOS EN EL PATRONATO ANTIALCOHOLICO, SEGUN OPINION DEL PERSONAL

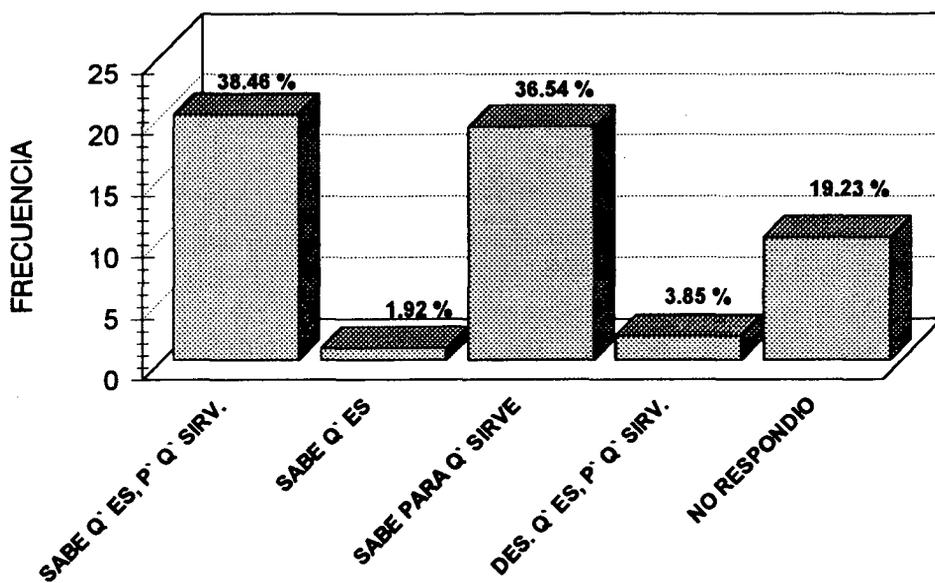


CUADRO No. 19

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DEL CONOCIMIENTO BASICO ACERCA DE LA PSICOLOGIA
QUE TIENE EL PERSONAL DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO**

CONOCIMIENTO DE LA PSICOLOGIA	f	%
Sabe que es y para que sirve	20	38.46
Sabe que es	01	1.92
Sabe para que sirve	19	36.54
Desconoce que es y para que sirve	02	3.85
No respondió	10	19.23
TOTALES	52	100.00

CONOCIMIENTO BASICO ACERCA DE LA PSICOLOGIA, QUE TIENE EL PERSONAL DEL PATRONATO ANTIALCOHOLICO



3.3 Perfil Integral de la Investigación.

Del universo constituido por 446 pacientes atendidos en el Patronato Antialcohólico del 1 de enero al 30 de marzo de 1992, con una muestra de 74 unidades de análisis correspondientes al 16.5% del total y de los empleados constituidos por 52 unidades de análisis correspondientes al 100% de los mismos, se establece en base a los resultados obtenidos, el siguiente perfil:

3.3.1. De los pacientes:

El 86.49% de los pacientes son internos y el 13.51% externos de seguimiento; las edades de mayor incidencia oscilan entre los 31 y 40 años de edad, constituyendo el 40.54% del total investigado; en su orden le suceden las edades entre 41 y 50 años con el 20% y edades entre 51 y 60 años con el 16.22%, mientras únicamente el 2.70% oscilan entre 71 y 80 años de edad.

El 95.95% está constituido por pacientes de sexo masculino; siendo el nivel educativo predominante del 28.38% de profesionales de educación media, seguidos por el 22.97% de personas entre primero y sexto grado de primaria, y el 21.62% entre primero y tercero básico. La ocupación predominante se ubica en tareas de carácter operativo, es decir, actividades simples que no requieren de una especialización, aprendidas empíricamente o a través de una práctica repetitiva; en este sentido se aprecia el 39.19% del total investigado, seguido por un 21.62% de otros trabajos en los que se incluyeron actividades como ventas, comercio y trabajos particulares; y únicamente el 1.35% de trabajos técnico profesionales, es decir, que requieren de estudios universitarios específicos.

El 39.20% es de primer ingreso; y el 35.13% cuenta entre dos y cinco ingresos al Patronato, y el 13.52% entre seis y diez ingresos. El 47.30% de pacientes opinó que el servicio en general de la Institución es bueno, mientras el 25.68% lo considera muy bueno y el 14.86% indicó que debe mejorarse. El 48.65% de pacientes asistió al Departamento de Psicología por iniciativa propia, el 21.62% no quiso asistir; el 14.86% asistió referido por el psicólogo, mientras el 8.11% no asistió por desconocimiento y el 6.76% asistió por compromiso.

El 43.24% no considera tener ningún obstáculo para asistir al Departamento de Psicología, mientras el 35.14% no asiste por falta de interés; el resto aduce problemas como tiempo, distancia, desconocimiento del servicio, problemas familiares y que no les gusta el servicio.

Entre las alternativas planteadas para resolver el alcoholismo (psicología, A.A., religión, autocontrol, consejería, narcóticos, anónimos) el 55.40% considera una sola alternativa en su vida; el 36.49% considera dos, y el resto considera tres o más opciones. El 47.3% considera el autocontrol como primera opción; el 25.68% prefiere a Alcohólicos Anónimos, y únicamente el 12.16% considera como alternativa a la psicología. El 13.51% prefiere a A.A. como segunda opción, mientras el 10.81% a la religión y el 9.46% a la psicología.

El 50% opina que el tratamiento brindado por los psicólogos del Patronato es bueno; el 25.68% que es muy bueno; mientras el 13.51% se abstuvo de opinar, y el 5.41% opinó que es deficiente.

Por último, el 55.41% únicamente sabe para que sirve la psicología un 24.32% desconoce qué es y para qué sirve y un 9.45% no opinó al respecto.

3.3.2. Del Personal:

A continuación se presenta en porcentaje, la información más significativa proporcionada por el personal, respecto a su experiencia en el trato con los pacientes internos de la Institución.

El 42.31% del personal opina que las preocupaciones y comentarios de los pacientes internos se dirigen a aspectos familiares e institucionales; el 26.92% a sus problemas personales y de alcoholismo y el 13.46% a aspectos institucionales y de su alcoholismo.

El 40.38% opina que los pacientes se quejan con frecuencia de varios servicios de la Institución, el 17.31% del servicio administrativo e instalación; el 17.31% de problemas familiares y personales, mientras únicamente el 7.69% de los servicios operativos (cocina, camarería, mantenimiento, etc.); sin mencionar al Departamento de Psicología entre las diferentes quejas.

El 75% del personal opina que los pacientes se interesan únicamente por la recuperación física; el 21.15% por la recuperación física, tanto como por la psicológica y el 3.85% solo recuperación psicológica.

El 55.77% opina que el tratamiento psicológico del personal de psicología es bueno; el 17.30% opina que debe mejorarse; el 11.54% opina que es muy bueno y otro 11.54% que es deficiente, mientras el 3.85% no quiso opinar.

El 55.77% opina que el motivo que impide la asistencia del paciente al Departamento de Psicología está ligado a la resistencia; el 15.38% considera que es por la distancia existente de su residencia a la Institución y por resistencia, mientras el 11.54% opina que es porque no les gusta el servicio Psicológico.

El 59.61% considera que los pacientes se encuentran en estados de depresión y ansiedad; el 13.46% opina que fluctúan entre depresión y agresividad y el 11.54% opina que se encuentran entre ansiosos, agresivos y estables, tomando en cuenta la cantidad de días de internamiento.

Por último, el 38.46% del personal sabe que es y para que sirve la psicología (incluyendo al personal de psicología); el 36.54% sabe para que sirve; el 19.23% no opinó, mientras que el 3.85% no sabe que es ni para que sirve.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Resultados del Servicio

4.1.1. Logros Alcanzados

Partiendo de los objetivos propuestos para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se puede apreciar con satisfacción resultados favorables a nivel del servicio psicoterapéutico, de atención primaria, así como de supervisión efectuados a los psicólogos-practicantes. Los logros alcanzados se pueden resumir de la siguiente manera:

- a) Se sirvió psicoterapia individual y grupal a los pacientes internos llenando adecuadamente sus respectivas hojas de evolución; fichas clínicas psicológicas, y los registros respectivos, determinando y consignando la impresión clínica, pronóstico y tratamiento de psicoterapia propuesto para cada caso.
- b) Se realizaron sesiones de psicoterapia individual, familiar y de pareja como parte del tratamiento de seguimiento a pacientes externos.

- c) Se impartió una charla sobre alcoholismo y drogadicción a noventa y cinco estudiantes del Instituto de Educación Básica y por Cooperativa del Municipio de Parramos, Chimaltenango; así como también a estudiantes de otros establecimientos que hicieron consultas a nivel de pequeños grupos en la Institución.
- d) Se estableció el rol de encargado del grupo de psicólogos practicantes de los días viernes y sábado, prestando asesoría en la ejecución de sus actividades. Se desarrollaron actividades prácticas de capacitación e información en cuanto al manejo de expedientes y fichas clínicas; implementando sobre planes de tratamiento y evaluando el adecuado cumplimiento, rendimiento y eficiencia de los mismos.
- e) Se estableció contacto interpersonal con el personal de los diferentes servicios de la Institución, con la finalidad de mejorar la comunicación y propiciar el intercambio de experiencias y conocimientos que pudieran repercutir favorablemente en la recuperación de los pacientes.

4.1.2. Limitaciones Encontradas

Las limitaciones se observan principalmente a nivel del espacio físico disponible para la realización del tratamiento; de la resistencia por parte de los pacientes para acudir al Departamento de Psicología; de la escasa colaboración del personal para animar a los pacientes a participar del tratamiento psicológico y por último, a nivel de las políticas institucionales. En este sentido se puede mencionar los siguientes aspectos:

- a) Las instalaciones del Patronato Antialcohólico cuentan con una sala general destinada a la oficina del Departamento de Psicología, en donde se realizan las sesiones del personal y los aspectos administrativos; así como también, tres clínicas destinadas al tratamiento psicológico; dichas clínicas no cuentan con las condiciones adecuadas de ambientación, iluminación y ventilación. Están habilitadas únicamente dos, de las cuales solamente una reúne regulares condiciones para desarrollar terapia grupal o familiar. En tal virtud, las terapias de grupo se desarrollan frecuentemente en la

sala general del Departamento. Siendo insuficientes las clínicas, se atiende incluso al aire libre, en el jardín de la Institución, en donde existen muchos distractores que limitan el desarrollo de la entrevista.

- b) Se observa un marcado desinterés por parte de los pacientes para asistir a sus citas de tratamiento, tanto a la inicial, como a la de seguimiento, a pesar de ser este un servicio que no implica gasto económico adicional, y del esfuerzo por parte de los psicólogos-practicantes para estimular su asistencia a través de citas por escrito y de atención todos los días por la mañana, incluyendo sábados y domingos, así como turnos nocturnos.
- c) El personal de la Institución en los diferentes servicios no presta la debida colaboración para animar a los pacientes a acudir a su tratamiento psicológico, salvo raras excepciones.
- d) Las políticas Institucionales evidencian descuido hacia el Departamento de Psicología, tomando en cuenta que no lo dotan de las condiciones infraestructurales mínimas necesarias para su desarrollo, incluyendo el aspecto físico adecuado, material y equipo, así como instrumentos psicométricos útiles en la exploración psicológica. Por otra parte tratándose de un servicio cubierto por psicólogos-practicantes, no se le ha dado la importancia que tiene en la recuperación de los pacientes. Estas condiciones en que se trabaja transmiten una imagen poco profesional, ante la cual el paciente reacciona con duda o desconfianza y que incluso el personal desvaloriza sutilmente, pese al trabajo serio y activo generado por el Coordinador Académico-Profesional.

4.2. Resultados de la Docencia

4.2.1 Logros Alcanzados

La actividad docente se dirigió fundamentalmente a los psicólogos-practicantes que conforman el personal del Departamento de Psicología, abarcando el 20% del tiempo efectivo del E.P.S.

- a) Se capacitó a los psicólogos-practicantes respecto a los instrumentos de trabajo utilizados en el Departamento de Psicología.

- b) Se les implementó teóricamente respecto al problema del alcoholismo, su abordamiento, aspectos terapéuticos y psicopatológicos, a través de un panel; de charlas; de lecturas dirigidas y de una serie de conferencias desarrolladas por ellos mismos, con supervisión del equipo de EPS y el Coordinador Académico Profesional.
- c) Se realizaron evaluaciones de las lecturas bibliográficas asignadas y de los momentos de práctica.
- d) Se efectuaron sesiones didácticas de discusión de casos y evaluación de las terapias de grupo.

4.2.2. Limitaciones Encontradas

La docencia contó con los insumos mínimos necesarios que permitieron su realización; sin embargo, las investigaciones bibliográficas fueron realizadas fuera de la Institución, en virtud que el Departamento no cuenta con una biblioteca específica y sus recursos materiales son limitados.

4.3. Resultados de la Investigación

Los resultados de la Investigación apuntan hacia las principales limitaciones en la rehabilitación psicosocial de los pacientes y las causas que intervienen en ellas. En ese sentido, los factores investigados se pueden interpretar de la siguiente manera:

Las personas abordadas están constituidas en su mayoría por pacientes internos de sexo masculino, que se ubican en un 40.54% en edades entre 31 y 40 años, coincidiendo con la estadística del Departamento de Psicología correspondiente al año de 1991, en la que se observa mayor frecuencia de internos entre 30, 34, 35 y 39 años de edad.

Dentro de la información general de la muestra se logró establecer que el porcentaje mayoritario en cuanto a escolaridad lo constituye el nivel de educación media, seguido en su orden por los que cuentan entre primer y sexto grado de primaria y los de primero a tercero básico, existiendo un porcentaje bajo de analfabetas y universitarios en sus diferentes grados.

La ocupación se tomó en sentido de la actividad laboral desempeñada, predominando en porcentaje los trabajos de tipo operativo, tales como: agricultura, zapatería, carpintería, tapicería, etc. En segundo término se aprecian tareas como ventas, comercio, y trabajos desarrollados a título personal, generalmente sin dependencia patronal. Se infiere que los niveles de responsabilidad en este tipo de labores permiten irregularidades, propicias para la persona con problemas de alcoholismo, tomando en cuenta que la producción dependen en gran medida de la actividad desarrollada por el trabajador.

Tanto el resultado de escolaridad, como el de ocupación coincide con la estadística de 1991 del Departamento de Psicología, en la cual el rubro de ocupación u oficio arroja un resultado de 34.48 % de profesionales medios; un 27.58% de obreros y un 21.55% de comerciantes. Debe tomarse en cuenta, que si bien la terminología utilizada no es exactamente la misma, sí es afin a la información obtenida.

Para llegar a conocer las limitaciones existentes en la recuperación del paciente es necesario tomar en consideración el número de ingresos a la Institución en este aspecto se observa una frecuencia mayoritaria de un ingreso (39.20%), seguida de entre 2 y 5 y ingresos (35.13%) y de entre seis y diez ingresos (13.52%), quedando el resto (12.15%) con más de diez ingresos. Esto puede estar indicando que el tratamiento hospitalario cumple únicamente y/o en mayor medida con la desintoxicación alcohólica, quedando de lado la verdadera rehabilitación psicosocial dirigida a la lucha contra el alcoholismo, contenida en los objetivos de la Institución. Hay que tomar en cuenta que muchos pacientes han sido atendidos en otros hospitales privados, lo cual no se cuantificó en esta investigación. A pesar del número de admisiones, la mayoría de pacientes entrevistados opinó que el servicio en general de la Institución se ubica entre bueno y muy bueno; y solamente un 14.86% opinó que debe mejorarse y un 4.05% lo consideró deficiente.

En cuanto a la asistencia de los pacientes al tratamiento psicológico se estableció que el 48.65% asistió por iniciativa propia; el 14.86% por referencia del psicólogo, quedando un 36.49% que no quiso asistir; asistió por compromiso, o adujo desconocimiento del servicio.

El resultado de asistencia contrasta en porcentajes con la opinión de los pacientes respecto al tratamiento psicológico, en virtud que el 75.68% lo considera entre bueno y muy bueno, pero en relación, la asistencia es baja.

Esta información confirma la resistencia al tratamiento, tomando en cuenta que el 43.24% no considera tener ningún obstáculo para asistir a tratamiento, mientras el 35.14% no asiste por falta de interés, inferida del cuestionamiento realizado en la entrevista. El resto plantea excusas no convincentes, tomando en cuenta que el servicio es de suma accesibilidad y no implica costos adicionales, por lo que se puede generalizar la falta de interés en su recuperación, observando los factores psicológicos y de personalidad propios del individuo con problemas alcohólicos, tales como los mecanismos de resistencia y negación utilizados por éstos. Esta hipótesis se confirma además, al observar la preferencia en cuanto a las alternativas consideradas por los pacientes para el control del alcoholismo en sus vidas, entre las que el 47.30% eligió el autocontrol como principal alternativa; el 25.68% a Alcohólicos Anónimos y el 12.16% la psicología. La mayoría considera solamente una opción en su vida, de entre seis que se le presentaron, siguiéndole en elección los que consideran dos opciones.

No obstante la elección haya sido el autocontrol, Alcohólicos Anónimos o la psicología, esto no garantiza el éxito en el intento realizado o en su asistencia al tratamiento, tomando en cuenta los factores psicológicos descritos en el capítulo inicial.

Por último, se pudo establecer que únicamente el 5.41% de los pacientes sabe que es la psicología y para qué le puede servir, mientras que del resto de entrevistados, algunos saben en términos generales que les puede servir, aunque no tienen un concepto claro de ella; otros desconocen que es y para que sirve; mientras algunos no respondieron el cuestionamiento y otros saben únicamente que es, pero no tienen idea de para que les puede ser útil. Este resultado es poco alentador; refleja un escaso conocimiento acerca de la psicología y su utilidad; así como una de las causas que interfiere en el proceso de recuperación. Constituye un factor predominante en la falta de aceptación del abordamiento psicoterapéutico.

La opinión del personal es de suma importancia, tomando en cuenta la constante interacción sostenida con los pacientes en las labores diarias. A criterio del personal, las principales preocupaciones y comentarios de los pacientes giran alrededor de aspectos familiares, institucionales, personales y de su alcoholismo, lo cual tiene concordancia con las quejas que presentan durante su internamiento, en donde manifiestan descontento con varios de los servicios de la Institución, principalmente del servicio administrativo, del operativo, del servicio médico y de enfermería. Así mismo, presentan quejas de tipo personal y de su familia. Este tipo de malestar es frecuente y comprensible si se estima las condiciones orgánicas en que se encuentra el paciente posteriormente a la desintoxicación. Sin embargo no debe dejarse de lado

que las condiciones ambientales de la Institución no son las más adecuadas para su recuperación y no existen actividades ocupacionales; ni un sistema integrativo entre los diferentes servicios, que pudiera procurar mayor bienestar en la comunidad hospitalaria.

Lo observado por el personal en los pacientes, respecto a la recuperación se orienta hacia la estabilidad física, quedando una menor cantidad de interesados en la estabilización psicológica; esto concuerda con la falta de interés en la recuperación psicológica manifestada por los pacientes, la cual refleja una marcada resistencia, factor que fue confirmado por el personal al consultarles respecto a las limitaciones para asistir al tratamiento psicológico, en donde además consideraron otros aspectos, como la distancia, y que algunos pacientes no les gusta el servicio psicológico.

Los estados de depresión, ansiedad y agresividad fueron observados con mayor frecuencia, aunque también se mencionó cierta estabilidad en los pacientes después de los períodos críticos de desintoxicación. La conducta alterada y los rasgos de personalidad propios del paciente están directamente relacionados con su situación orgánica; con las quejas presentadas; con las preocupaciones manifestadas, y con la resistencia descrita.

Más de la mitad del personal tiene un buen concepto del servicio prestado por los psicólogos practicantes, aunque no existe un conocimiento preciso respecto a lo que se hace en el Departamento, de lo que es la psicología y su utilidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones y Recomendaciones del Servicio:

5.1.1 Conclusiones

- Se sirvió tratamiento psicológico a pacientes internos y externos a nivel de psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja en estrategia de primer contacto y de seguimiento, adquiriendo destreza en el manejo de los insumos de registro y control respectivos, así como de los instrumentos técnicos utilizados.

- Se atendió proporcionalmente el programa de prevención, a través de charlas a estudiantes.
- Se adquirió experiencia psicológica profesional, en el rol de encargado de un grupo de psicólogos practicantes, con alto grado de responsabilidad en asesoría de casos, capacitación, planeación, evaluación y control; estableciendo contacto interpersonal a nivel laboral con el personal de otros servicios de la Institución.
- Se encontraron limitaciones en el servicio, a nivel del espacio físico; de la resistencia de los pacientes para acudir a tratamiento psicológico; de la escasa colaboración del personal para animar a los pacientes a asistir al Departamento Psicológico y a nivel de las políticas Institucionales.

5.1.2. Recomendaciones.

- Se sugiere a las autoridades de la Institución revisar los objetivos establecidos, precisando sus fines y políticas como Institución Hospitalaria, en función de la problemática abordada, favoreciendo el trabajo en equipo y manejando criterios flexibles y modernos.
- Establecer en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, los derechos y obligaciones del epesista, garantizando estabilidad en la Institución durante el tiempo respectivo y las consideraciones acordes a su intervención profesional en relación al personal permanente.
- Se recomienda a las autoridades de la Institución, dar la debida importancia al tratamiento psicológico y dotar de los recursos materiales, físicos y ambientales al Departamento de Psicología, para favorecer la atención y recuperación de los pacientes internos, así como a los externos de seguimiento.
- Dar capacitación a través del Departamento de psicología al personal de los diferentes servicios, en forma permanente y con respecto al problema del alcoholismo y a la Psicología en general para su comprensión, así como para el mejoramiento del servicio.

5.2. Conclusiones y Recomendaciones de la Docencia:

5.2.1. Conclusiones:

- La actividad docente fue dirigida a los psicólogos practicantes, proporcionándoles capacitación en aspectos administrativos y profesionales; implementación teórica; evaluaciones y discusión de casos.
- Se contó con los insumos mínimos necesarios, y la asesoría del coordinador Académico profesional.

5.2.2. Recomendaciones:

- Se recomienda a los futuros epesistas procurar la obtención de bibliografía actualizada con la finalidad de constituir una biblioteca de uso interno y de consulta externa en el Departamento de Psicología.
- Ampliar la actividad docente hacia el personal en sus distintos servicios.

5.3. Conclusiones y Recomendaciones de la Investigación:

5.3.1 Conclusiones.

- Los resultados de la investigación reflejan en sus diferentes aspectos los factores socioeconómicos, culturales, institucionales, profesionales y psicológicos del paciente, que intervienen como limitantes en su recuperación psicosocial:
- La continua reincidencia de los pacientes a la Institución refleja la existencia de limitaciones en su rehabilitación psicosocial, siendo éstas:
 - a) El funcionamiento hospitalario que presenta algunas deficiencias infraestructurales, políticas y de servicio.
 - b) Las condiciones socioeconómicas, que favorecen la bebetoria y mantienen un estímulo constante sobre el paciente.
 - c) El nivel educativo y cultural no permite una visión clara, concreta y útil de la psicología.

d) La imagen poco profesional de los psicólogos practicantes que no cuentan con las condiciones apropiadas de trabajo.

e) Los rasgos psicológicos y de personalidad propios del paciente alcohólico expresados en sus recursos defensivos; principalmente los mecanismos de resistencia y negación.

5.3.2. Recomendaciones:

- Se recomienda a las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y de la Escuela de Ciencias Psicológicas, a través del Departamento de Investigación, que estimule en sus estudiantes la realización de Ejercicios Profesionales Supervisados, tomando en cuenta la variabilidad de experiencias profesionales que deja al estudiante y los beneficios para la comunidad.

- Se sugiere a las autoridades del Patronato Antialcohólico propiciar estudios relativos al problema del alcoholismo a través del Centro de Práctica de la Institución y dotar de los recursos necesarios a los practicantes para obtener un mejor resultado.

- Que la Institución genere proyectos a nivel preventivo, en coordinación con otras instituciones de servicio afines, involucrando en su desarrollo al personal del Departamento de Psicología.

INDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS

TABLAS	PAGINAS
"A" Cantidad y Valor total de bebidas Alcohólicas fabricadas y vendidas durante 1989.	18
"B" Recaudación de Impuestos por consumo de licores, años 1987-88.	19
"C" Estimación Epidemiológica de Fallecimientos por Alcohol como causa principal.	19
"D" Defunciones por Alcoholismo como causa primaria.	20
"E" Muertes por intoxicación Alcohólica durante 1988.	20
"F" Cuantificación de Delitos cometidos bajo efectos de licor.	21
"G" Porcentajes de Responsabilidad en delitos cometidos bajo efectos de Alcohol durante 1988.	21
"H" Trastornos Psiquiátricos más comunes en el país.	22
"I" Accidentes de tránsito ocurridos en la República según causa.	23
"J" Accidentes de tránsito por mes, ocurridos en la República según causa.	23
"K" Accidentes e tránsito por Departamento, ocurridos en la República, en Estado de ebriedad, año 1989.	24

CUADROS Y GRAFICAS

1. Edades.	51
2. Sexo.	53
3. Escolaridad.	55
4. Ocupaciones.	57
5. Ingresos a la Institución	59

6.	Opinión acerca del Servicio en General.	61
7.	Asistencia al Departamentò de Psicología.	63
8.	Obstaculos para asistir a tratamiento Psicológico.	65
9.	Cantidad de alternativas consideradas para resolver al Alcoholismo.	67
10.	Anternativa preferida para resolver el alcoholismo.	69
11.	Opinión acerca del tratamiento Psicológico.	71
12.	Conicimiento básico acerca de la Psicología.	73
13.	Comentarios más frecuentes de los pacientes internos.	75
14.	Quejas más frecuentes de los pacientes internos.	77
15.	Preferencia por la recuperación Física y/o Psicológica.	79
16.	Opinión del personal acerca del tratamiento Psicológico.	81
17.	Motivos que según el Personal Impide la Asistencia de los Pacientes al tratamiento Psicológico.	83
18.	Estado Emocional de los Pacientes Internos.	85
19.	Conocimiento Básico Acerca de la Psicología.	87

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Estatutos del Patronato para la lucha contra el Alcoholismo, aprobados en acuerdo Gubernativo del 24 de julio de 1946.
2. CLARK, WG. y Compañeros. "Principios de Psicofarmacología" Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1974. Pp. 550-564.-
3. MADDEN, J.S. "Alcoholismo y Farmacodependencia" Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; traducción de Gonzalo Peña, 2a. Edición, México. 1990. Pp. 240-265.
4. VELASCO FERNANDEZ, RAFAEL, "Alcoholismo, una Visión Integral", Editorial Trillas S.A. de C.V. , México 1988 pp.126-180.
5. FREEDMAN, KAPLAN Y SADOCK, "Compendio de Psiquiatría" Salvat, Barcelona. 1977. pp. 430-432.
6. MERANI , ALBERT L. "Diccionario de Psicología" Ediciones Grijalbo, S.A.,Barcelona Buenos Aires, México D. F. 1977 p.258.
7. MACDONALD, E.M. "Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación", Salvat Editores S.A. Segunda Edición Española, Barcelona 1979 p. 520.
8. WHITTAKER, JAMES Y SANDRA J. 'Psicología" Editorial Interamericana S.A. México D.F. 1987 p.785.
9. REVISTA CREA No. 2 "Revista Informativa del Patronato Antialcohólico" Editorial Balcárcel, segunda Epoca Guatemala, 1990.
10. SARASON, IRVIN G. "Psicología Anormal" Universidad de Washington, Traducción de Roberto Helier, Editorial Trillas, México D.F. 1986 p. 615.
11. WOLFF, WERNER "Introducción a la Psicología" Breviarios Fondo Cultura Económica, México D.F. 1976. p. 416.
12. DR. SALOMON, PHILIP Y DR. PATCH, VERNON D. 'Manual de Psiquiatría" Traducción del Dr. Soto R. Armando, Editorial El Manual Moderno S.A. México D.F. 1972 p. 416.
13. SINGER ERWIN, "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia", Fondo de Cultura Económica, México 1984.

14. BERGER, MILTON M. "Como Trabajar con Pacientes", Editorial Concepto. S.A. , México D.F. p. 249.
15. TECLA J. ALFREDO "Teoria, Métodos y Técnicas en la Investigación Social".

Anexo

**PATRONATO PARA LA LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PACIENTES INTERNOS Y DE SEGUIMIENTO DE LA INSTITUCION, CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR LAS LIMITACIONES EN LA RECUPERACION DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE LA MISMA.

1. DATOS GENERALES:

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

Ocupacion _____ No. Ingresos _____

- 2. ¿Qué opinión le merece el servicio en general de la Institución?**
- 3. ¿Ha buscado usted asistencia Psicológica durante su estancia en esta Institución? SI _____ NO _____
¿Por qué?**
- 4. ¿Cuáles han sido sus principales obstáculos para asistir al tratamiento Psicológico en esta Institución, a pesar de ser éste un servicio gratuito?**
- 5. ¿Cuál cree usted que es la mejor forma para resolver el alcoholismo?**
- 6. ¿Qué opinión tiene usted del tratamiento que brindan los Psicólogos del Patronato Antialcohólico?**
- 7. ¿Qué piensa de la Psicología como ciencia? (su concepto)**

**PATRONATO PARA LA LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE LA INSTITUCION CON
FINALIDAD DE DETERMINAR LAS LIMITACIONES EN LA
RECUPERACION DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS DE LA MISMA**

1. **¿Qué tipo de comentarios son los más frecuentes en el paciente interno?**
2. **¿Qué tipo de quejas presenta el paciente interno?**
3. **¿Según su experiencia el paciente prefiere la recuperación Física o la Psicológica? ¿Por qué?**
4. **¿Qué opinión tiene usted del tratamiento Psicológico brindado a los pacientes por el personal del Departamento de Psicología?**
5. **¿De acuerdo a su experiencia en el trato con los pacientes de esta Institución, que motivos considera, impiden su asistencia a Psicología?**
6. **¿En que estado emocional considera que se encuentran los pacientes internos?**
7. **¿Qué piensa de la Psicología como ciencia? (su concepto)**

INDICE GENERAL

Introducción	iv
Síntesis Descriptiva	v
CAPITULO I	
1.1. Descripción de la Institución	1
1.1.1. Historia y Objetivos	1
1.1.2. Ubicación Física	2
1.1.3. Organización	3
1.2. Descripción del Problema Psicológico Principal	6
1.2.1. Características del Alcohol y el Alcoholisco	6
1.2.2. Incidencia del Alcoholismo	11
1.2.3. Efectos del Alcoholismo	11
1.3. Situación actual del Alcoholismo en Guatemala	18
1.4. Marco Teórico de la Investigación	25
1.4.1. Factores Socioeconómicos	26
1.4.2. Factores Culturales	28
1.4.3. Factores Institucionales	30
1.4.4. Factores Profesionales	33
1.4.5. Factores Psicológicos del Paciente	35
CAPITULO II	
METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO	
2.1. Planteamiento del Problema	37

2.2.	Objetivo General	38
2.2.2.	Objetivos Especificos	38
2.2.2.1.	Objetivos del Servicio	38
2.2.2.2.	Objetivos de Docencia	39
2.2.2.3.	objetivos de la Investigación	40
2.3.	Metodología de Abordamiento	40
2.3.1.	Metodología del Servicio	40
2.3.2.	Metodología de la Docencia	41
2.3.3.	Metodología de la Investigación	41
2.4.	Cuantificación del Universo y la Muestra Seleccionada	42
2.5.	Procedimientos Estadísticos	42
2.6.	Definición de Variables	43
2.6.1.	Variables Generales	43
2.6.2.	Variables Específicas	43

CAPITULO III

PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1.	Presentación de Resultados del Servicio y la Docencia	46
3.2.	Presentación de Resultados de la Investigación	51
3.3.	Perfil Integral de la Investigación	89
3.3.1.	De los Pacientes	89
3.3.2.	Del Personal	90



CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1.	Resultados del servicio	91
4.1.1.	Logros Alcanzados	91
4.1.2.	Limitaciones Encontradas	92
4.2.	Resultados de la Docencia	93
4.2.1	Logros Alcanzados	93
4.2.2.	Limitaciones Encontradas	94
4.3.	Resultados de la Investigación	94

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones y Recomendaciones del Servicio	97
5.1.1.	Conclusiones	97
5.1.2.	Recomendaciones	98
5.2.	Conclusiones y Recomendaciones de la Docencia	99
5.2.1.	Conclusiones	99
5.2.2.	Recomendaciones	99
5.3.	Conclusiones y Recomendaciones de la Investigación	99
5.3.1.	Conclusiones	99
5.3.2.	Recomendaciones	100
	Referencias Bibliográficas	103
	Anexo	105