



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA RELACION ALCOHOLISMO - DEPRESION EN
ALCOHOLICOS EN FUNCION DE SU TIEMPO
DE PERMANENCIA EN ALCOHOLICOS ANONIMOS.

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

ELIAS ISAAC GRANILLO RAMIREZ

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Universidad Nacional
de México

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE CULTURA Y FOLKLORE
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Z5053.08
UNAM. 72
1983
ej. 2

M. 20161
Ips. 1024a

A MIS PADRES ENRIQUE Y NOEMI

A MIS HERMANOS ARACELI Y GILBERTO
 VICTOR ENRIQUE Y MARIA LUISA
 ISABEL

A MI ESPOSA GLORIA

I N D I C E

| | |
|--|---------|
| 1.- INTRODUCCION | ... 3 |
| 2.- CAPITULO I : TEORIAS Y APROXIMACIONES DEL ALCOHOLISMO | ... 6 |
| 3.- CAPITULO II : DEFINICIONES Y CARACTERIZACIONES DEL ALCOHOLISMO | ... 24 |
| 4.- CAPITULO III : ALCOHOLICOS ANONIMOS | ... 35 |
| 5.- CAPITULO IV : ASPECTOS BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO. | ... 42 |
| 6.- CAPITULO V : LA DEPRESION | ... 73 |
| 7.- CAPITULO VI : LA RELACION ALCOHOLISMO-DEPRESION | ... 82 |
| 8.- CAPITULO VII : LA ESCALA ZUNG | ... 85 |
| 9.- CAPITULO VIII : TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION | ... 92 |
| 10.- CAPITULO IX : DISCUSION Y CONCLUSIONES | ... 130 |
| 11.- CAPITULO X : ALCANCES Y LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO | ... 147 |
| 12.- BIBLIOGRAFIA POR CAPITULOS | ... 151 |
| 13.- ANEXOS | ... 167 |

Como psicólogos y como personas, el alcoholismo está presente formando parte de problemáticas personales, familiares y sociales. Sin embargo, el alcoholismo no se constituye como un problema aislado; en él intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En este estudio se pretende abordar estos aspectos. Específicamente en el nivel empírico se abordará el aspecto psicológico. No obstante lo anterior, el aspecto social estará presente, tanto por tratarse de grupos (los grupos de AA), como porque el alcoholismo, en el caso específico de los alcohólicos que acuden a AA, son personas que se interrelacionan estrechamente.

Cabe hacer notar que algunas de las manifestaciones que ocurren al lado del alcoholismo son los trastornos de la personalidad, tales como la depresión.

En los alcohólicos la depresión se presenta antes, durante y después de la ingesta de alcohol, sea ésta corta o prolongada, continua o intermitente.

En este estudio se pretende investigar si las acciones de AA hacia el sujeto alcohólico son efectivas no sólo para alejarlo de la bebida sino para ayudarlo a solucionar y disminuir su problemática psicológica.

Si en este estudio se comprueba la existencia de depresión en niveles significativamente elevados, se planteará como alternativa terapéutica a los individuos alcohólicos la asistencia a Centros de Salud de la SSA donde haya servicio psicológico, sin dejar de asistir necesariamente a AA. De esta manera se cumplen dos funciones en el quehacer psicológico; de Investigación y de Servicio y/o Asistencia Social.

Este estudio cumplirá la función de investigación y al mismo tiempo servirá de enlace para que otros profesionistas (tanto psicólogos, trabajadores sociales y otros), complementen la rehabilitación e integración del alcohólico, tanto social como psicológicamente.

Por otro lado, la depresión existente en los alcohólicos puede tener mucha relación tanto con el origen como con el desarrollo y mantenimiento del problema. Esta relación tiene un interés sobresaliente para la comunidad científica, en este caso psicológica, para la conceptualización de la depresión como alteración de la personalidad en su relación con el alcoholismo. Precisamente hablaremos de las diversas teorías y aproximaciones que se han propuesto para explicar y/o caracterizar el fenómeno del alcoholismo en el Capítulo I, y así poder tener una concepción global de éste.

Para la sociedad debe ser importante determinar las medidas conducentes a la prevención y tratamiento del alcoholismo. Las aportaciones específicas de este estudio pretenden ser el de confirmar, por un lado, la presencia de estados depresivos en la personalidad del alcohólico. Por otro lado, el que dichos estados depresivos pueden generalmente disminuir o desaparecer con cualquier tratamiento del alcoholismo.

Al revisar algunas concepciones sobre el alcoholismo, nos encontraremos necesariamente con definiciones y caracterizaciones que determinados autores consideran pertinentes y adecuadas a diversos estados del alcoholismo. Estas definiciones y caracterizaciones son importantes para evaluar los resultados de determinados tratamientos, incluso para determinar si hay presencia de alcoholismo o no. Esto se verá en el Capítulo II.

Este estudio puede confirmar finalmente, que los estados depresivos pueden ser mayores en un grupo de alcohólicos sin tratamiento o con poco tiempo del mismo, que en cualquier muestra de población "normal", considerando a ésta como los sujetos que no tengan previa etiquetación psiquiátrica alguna.

Dado que AA implica a los sujetos de este estudio así como a un tipo de tratamiento, se hará necesaria información al respecto. En el Capítulo III analizaremos los objetivos, contenidos y una descripción de estrategias de acción de AA para el logro de sus objetivos, en los cuales está contenida la recuperación del alcohólico.

En el Capítulo IV abordaremos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados al alcoholismo, concientes de que no son los únicos aspectos relacionados.

En el Capítulo V resumiremos en lo posible los aspectos relevantes de la Depresión, fenómeno que en este estudio se pretende confirmar su presencia e incidencia en determinados grupos de alcohólicos. Esta panorámica se complementará con investigaciones que reporten las relaciones existentes entre manifestaciones depresivas y alcoholismo en el Capítulo VI.

En el Capítulo VII daremos referencia de estudios que hayan usado y encontrado aplicaciones de la escala que usaremos para medir estados depresivos; La Escala de Auto-Medición de Depresión de Zung (DD). El procedimiento, incluyendo diseño, selección de la muestra, procedimientos de aplicación y resultados, entre otros, serán vistos en el Capítulo VIII. La discusión en la que se evaluarán los resultados encontrados así como las conclusiones surgidas de esta evaluación se encontrarán en el Capítulo IX. El último Capítulo será dedicado a señalar los alcances y limitaciones de este estudio, o sea el Capítulo X.

Se anexarán los apéndices en los que se hallará la escala utilizada, así como el cuestionario de datos personales y demás datos pertinentes.

TEORIAS Y APROXIMACIONES DEL ALCOHOLISMO.

Dado que el alcoholismo es un problema complejo y multifactorial, tenemos que aceptar que, de acuerdo con Velasco y Fernández(4), la búsqueda de una etiología unitaria del alcoholismo sería una actitud poco científica. Para complementar lo anterior, el mismo Velasco nos refiere una afirmación del Dr. Plaut(1967) en la que, según él, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos, son aquellos que; " 1) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizás determinada fisiológicamente) que les permite experimentar intenso alivio y relajación, 2) Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración, 3) Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del beber".

Visualizado de esta manera global y multicausal el fenómeno del alcoholismo, daremos referencia de algunas teorías y aproximaciones hacia este fenómeno.

1.- Personalidad alcohólica. Cabe mencionar en primer lugar los intentos de relacionar el fenómeno del alcoholismo a una "personalidad del alcohólico". En estudios retrospectivos clínicos de abuso del alcohol se han equiparado a veces los antecedentes de alcoholismo con aquellos de la personalidad oral-dependiente(6). Sin embargo, debido a que el alcoholismo distorsiona profundamente la personalidad del alcohólico, su estabilidad social y su propia colección de variables relevantes de la infancia, las impresiones retrospectivas son dudosas. En años recientes 4 estudios prospectivos(7-10) han demostrado muchas falacias en las concepciones de la personalidad alcohólica.

Debe señalarse que cada uno de estos estudios, realizados en poblaciones de E.U. de 1960 a 1973, tienen limitaciones importantes. Los estudios hechos por Mc Cords (7) y por Robins(8) son los más completos, pero casi todos los sujetos que abusaron del alcohol fueron derivados de un grupo no representativo de niños escolares ya identificados como antisociales. El estudio de Jones(9) tiene la ventaja de usar

una muestra más representativa de muchachos y muchachas de clase media con buenos estudios, quines fueron seguidos en múltiples puntos en el momento que eran jóvenes adultos. Sin embargo, según Vaillant(11) la muestra ha sufrido de fuertes reducciones y han permanecido muy pocos alcohólicos para ser significativa.

El 4o. estudio, hecho por Kammeier y col(10) demostró los perfiles patológicos del MMPI observados en alcohólicos que no habían sido observados en los 15 años anteriores en los mismos individuos antes que ellos se convirtieran en alcohólicos.

Vaillant(1980) reporta un estudio prospectivo de salud mental y uso del alcohol buscando una relación entre antecedentes de la conducta "oral-dependiente" y abuso del alcohol. Es interesante este estudio dado que su muestra de 184 hombres fue estudiada desde sus años de bachillerato hasta que cumplieron los 50 años de edad. Cuando estos sujetos tenían esa edad un diagnosticador ajeno a los objetivos del estudio clasificó a los sujetos de acuerdo a su abuso del alcohol y encontró una N=48 de abuso de alcohol, la cual podría ser considerada como una cantidad reducida. En beber social encontró una N=110. La sensación de bienestar familiar del medio ambiente infantil de estos hombres y su estabilidad personal en el bachillerato fueron valorados por otros diagnosticadores. Viñetas e ilustraciones identificando conducta adulta "oral"(pesimismo, auto-duda, pasividad y dependencia), fueron colectadas por cada sujeto por otro diagnosticador igualmente ajeno a los objetivos del estudio. Inestabilidad personal en el bachillerato, infancia pobre y evidencia adulta de desorden de la personalidad fueron correlacionados con una conducta oral-dependiente pero no con el abuso de alcohol. Los 26 bebedores problema parecían haber sido depresivos e incapaces de sobresalir como consecuencia-no como causa- de su inhabilidad para controlar su consumo de alcohol. Además de las anteriores conclusiones, se puede observar que en poblaciones relativamente saludables el abuso del alcohol puede ser más análogo a cualquier hábito persistente(por e.j; fumar o comerse las uñas) que a enfermedad mental y puede desarrollarse independientemente de c vulnerabilidad psiquiátrica pre-existente.

2.- Teoría de la Anomía. Según la concepción de Phillips A.L.(1967) la definición de la anomía denota una condición que excluye el trabajo constructivo, las relaciones interpersonales estrechas y una adherencia a la estructura normativa general

de la sociedad. Así, un número, tanto de psicólogos como de sociólogos han sugerido que la enajenación y rechazo de la sociedad hacia determinados individuos, pueden ser factores de explicación del proceso adictivo asociado con el alcoholismo(12-14). Esta idea ha sido extendida por la inclusión del concepto de anomia, la cual se puede proponer en el sentido de que es tanto un factor predisponente como concomitante en el desarrollo del alcoholismo.

Estas ideas son dos postulados distintos y constituyen puntos de vista separados en la relación entre alcoholismo y anomia. La primera idea sostiene que la anomia es un factor predisponente, al alcoholismo y que es al menos, un factor parcial en su desarrollo. En este sentido sus postulantes concluyen que los alcohólicos son anómicos tanto en el inicio como en el estado terminal del alcoholismo. Snyder(15) resume la opinión al respecto así como otros autores, informando haber encontrado evidencia sugestiva en apoyo a este punto de vista(16-18). Hay otro argumento opuesto que mantiene que, dado que el alcoholismo es una enfermedad lenta(relativamente), crónica y progresiva, los individuos alcohólicos y la sociedad en general no notan su período inicial. Por esto sugieren que es difícil de establecer la relación entre anomia y alcoholismo. Esta es la posición de Jellinek(19) que se complementa con la de Mc Gee(20) de que la anomia no puede ser notada en las fases iniciales del alcoholismo.

Otro punto de vista al respecto nos lo da Phillips A.L.(21) que razona en el sentido de que si la anomia estuvo presente en el inicio del alcoholismo, sería difícil que se relacionara para la multitud de alcohólicos conocidos quienes están funcionando sin ser notados como tales por la sociedad. Para él este razonamiento guía a una hipótesis alterna; que el fenómeno del alcoholismo y la anomia se desarrollan concomitantemente. Sugiere así, que cuando una condición se vuelve más severa, así será la otra. No obstante que la precedencia de una condición a otra no es postulada, tal situación es teóricamente posible referida a la anomia y al alcoholismo.

Un estudio relativamente reciente llevado a cabo por Kinsey y Phillips(22), realizado con una muestra de 93 sujetos, permitió a los autores concluir

que los alcohólicos en etapas primarias o iniciales generalmente no son anónimos, mientras que los alcohólicos en las etapas tardías generalmente lo son. Aún más, ellos han sugerido que el alcoholismo puede, al menos en algunas personas, ser un factor en el desarrollo de la anomia más bien que lo contrario. Desafortunadamente, esta concepción no pudo ser demostrada por estos autores pues su pequeña muestra no se los permitió; de los 23 sujetos estudiados, sólo 10 pudieron ser clasificados como alcohólicos en etapas iniciales.

Para Phillips esta concepción anterior, aunque no tiene un fuerte apoyo empírico, permite una aplicación alternativa a la teoría de la anomia en el estudio del alcoholismo. Este mismo autor se avoca a un estudio empírico(21) para darle ese apoyo que necesita dicha concepción.

Se pueda decir que, de hecho, le proporciona una buena base empírica, ya que se apoyó sobre una muestra significativa; N=442, tomados estos sujetos de 6 clínicas públicas y privadas de tratamiento de alcoholismo. Los instrumentos que utilizó fueron la escala de McClosky-Schnar de Anomia(17) y la Escala Phillips de Fases de alcoholismo(18, 22, 23). La duración del programa fue de 4 meses. Entre los resultados de interés se encuentra que hay una relación entre el desarrollo de la anomia y el alcoholismo, particularmente en los estados más tardíos de ambas condiciones. Para Phillips este hallazgo general sugiere que las dos condiciones son probablemente complementarias y tienden a una naturaleza más progresiva de ambas condiciones. En otras palabras, a más severo estado de alcoholismo, más probable que el individuo sea anómalo y viceversa; a más alto grado de anomia, más severo el estado de alcoholismo.

En consecuencia, la conclusión general es que la suposición de que el alcoholismo y la anomia se desarrollan concomitantemente aparece como más válida.

3.- Aproximación de los Sistemas Familiares al Alcoholismo.

Esta teoría es relativamente nueva aplicada así a los problemas familiares. El alcoholismo es conceptualizado como un síntoma de la más grande unidad familiar o social.

La Teoría de Sistemas sume que todas las personas importantes en la unidad

familiar juegan un papel en el modo de función de los miembros familiares en relación uno a otro y en el modo que el síntoma finalmente emerge(24). El papel que cada uno juega está dado por el modo como c/u es "él mismo".

En esta tendencia de los sistemas familiares el síntoma de beber en exceso ocurre cuando la ansiedad de la familia es alta. La aparición del síntoma suscitará una ansiedad, aún más alta en aquellos que son dependientes que en aquel que bebe simplemente. El proceso de beber para eliminar la ansiedad, y la ansiedad familiar incrementada en respuesta al beber, puede crear una espiral en el colapso funcional o el proceso puede llegar a ser un patrón crónico.

Desde el punto de vista de los sistemas, el alcoholismo es una de las disfunciones humanas comunes. Como disfunción existe en el contexto de un desbalance en el funcionamiento del sistema total de la familia. Desde un punto de vista teórico, cualquier miembro importante de la familia juega un papel o una parte en la disfunción del miembro disfuncional. La terapia en esta tendencia proporciona un modo para conceptualizar la parte que cada miembro juega. La terapia es dirigida en el miembro o miembros familiares con los mayores recursos, quienes tengan el mayor potencial para modificar su propio ~~comportamiento~~ funcionamiento. Cuando es posible modificar el sistema de relaciones familiares, la disfunción del alcohólico mejora, aún si algún miembro disfuncional pudo no haber sido parte de la terapia.

Un concepto fundamental en la ~~teoría~~ teoría de sistemas familiares es el grado de diferenciación de sí mismo, de la persona. Para Murray Bowen(25) es el grado para el cual la persona tiene un "sí mismo sólido" o que sólidamente mantiene principios por los cuales él vive su vida.

En general, la persona que recientemente llega a ser alcohólico es aquella quien maneja el ataque emocional a sus padres, y especialmen-

-te a su madre, negando el ataque y adoptando una postura super-independiente, la cual dice; "Yo no necesito de tí, puedo hacerlo por mí mismo". El nivel de ataque emocional es regularmente intenso, pero no es mayor que el que existe en un número regular de toda la gente.

Un patrón común con una manifestación opuesta de los síntomas puede ser ilustrado con el siguiente caso de estudio: La mujer era una esposa adaptativa, "negada a sí misma" para el esposo, quien era un super-funcionador. El ganaba en funcionamiento emocional de la disfunción de su esposa, a la cual era capaz de mantener en un nivel marginal a través de su sobre-implicación emocional con los niños. El esposo asumía la responsabilidad sobre-funcionante para un amplio y completo espectro de decisiones para el "nido" emocional que incluía a la esposa y a los niños. Ambos esposos fueron retirados del significativo contacto emocional con sus familias parentales, y ambos fueron aislados uno del otro. Al mismo tiempo que el esposo se sentía más preocupado por la responsabilidad para la esposa y los hijos, él empezaba a incrementar y extender su beber "social" por un beber excesivo en las noches y en los fines de semana.

Esta teoría, como las anteriores, debe retomarse y corroborársele sus conceptos y relaciones implícitas y explícitas referentes al alcoholismo, en investigaciones y estudios.

.- Dentro de la tendencia de relacionar a la familia con el problema del alcoholismo encontramos la posición de J.M. Campa(1975) quien por ser partidario de considerar el papel de la familia muy fundamental en la disfunción del alcoholismo, no existe así, el enfermo alcohólico enclavado en el seno de una familia más o menos normal, más bien lo que Campa ha encontrado en su experiencia clínica es la existencia de familias enfermas o profundamente neurotizadas, en el seno de las cuales sucede el acontecer existencial de un enfermo alcohólico. De hecho, se presentan dos situaciones casi iguales

en su frecuencia: a) el que la familia esté enferma o neurotizada en función y como consecuencia del alcoholismo de un miembro de la misma. b) pero en otras ocasiones es la naturaleza o estructura psicopatológica de la familia la que condiciona la toxicomanía del individuo, que redunda en una mayor desintegración psicológica de la misma, cerrándose así el círculo vicioso de la familia enferma del enfermo alcohólico.

Un punto importante en esta tendencia es su énfasis de la relación del grupo hacia la persona, en este caso, la persona alcohólica. Afirma que el ser humano desvirtúa su vida, su devenir existencial en grupos.

Establece que, si bien es verdad que los diversos grupos en los cuales vive su experiencia pre-alcohólica pueden influir, y de hecho influyen como factor etiológico o coadyuvante de su toxicomanía, también es cierto que cuando el hombre bebedor se convierte en enfermo, va paulatinamente desgañándose de la convivencia en estos grupos. Primero suele romper con el grupo familiar; más adelante con el laboral y posteriormente se desequilibra socialmente.

El alcohólico se siente impotente para emprender la gran escala de su rehabilitación, es decir, el volver a integrarse en esos grupos que son vitales para él, e imprescindibles para conseguir esa homeostasis, necesaria para una vida normal y auténtica.

4.- Hay también otra tendencia más o menos definida que está cerca en su enfoque de la filosofía de AA; es aquella que propugna la abstinencia total como una meta realista y efectiva para la supresión del fenómeno del alcoholismo.

Inicialmente, el Dr. Ruth Fox(27) estableció que " la total abstinencia debe ser la meta de la terapia aún después de años de evitar el alcohol completamente, un alcohólico no puede continuar un beber normal, no importa qué éxito haya tenido en el entendimiento de sí mismo."

Además de esta afirmación está la del National Council on Alcoholism(NCA)(28), hecha en 1974 en la que se estableció que " la abstinencia del alcohol es necesaria para recobrase de la enfermedad del alcoholismo."

Para apoyar en términos de investigación y experiencia propia, nos habla Fred

T. Davis al respecto quien propone que el alcohólico es de algún modo diferente del no-alcohólico. Ya en este momento es notoria la cercanía de esta tendencia con la de AA. Así pues se reconoce que los alcohólicos tienen un grado de control en estados tempranos de su enfermedad y, a veces, por períodos de tiempo después de un período de no beber. Sin embargo, la posesión de este control no significa que el alcohólico esté experimentando confort y contento durante todo este proceso. Para Fred T. Davis(29) el mayor contribuyente a su inconformidad en este período es que ellos están concientes en algún punto del tiempo, desconocido para ellos, de que perderán el control.

Esta tendencia se apoya en el análisis de los estudios de tratamiento del alcoholismo en la metodología y el seguimiento, en los que la información se vuelve vaga, o recaen en el alcoholismo. Otro punto problemático es la clasificación sobre el tipo de alcohólicos que eran; es decir si eran o no alcohólicos. Porque en este sentido hay que reconocer que el beber de nuevo para un alcohólico después de un tiempo de no hacerlo o después de un tratamiento, puede ser desastroso. Su beber fuerte no puede ser igualado con un no-alcohólico que bebe fuerte. El alcohólico experimenta un grado de ansiedad la cual le causa pérdida de autoconfianza y genera tales temores intensos en él que se deja guiar por esta compulsión y bebe. Esta compulsión tiene dos componentes mayores; uno mental y otro físico. Los aspectos mentales pueden ser vistos como una obsesión, una preocupación por el consumo de alcohol. Para esta tendencia el aspecto físico es el efecto de cierto cuerpo tejido de demandas después que el proceso de adicción se instala.

Para Fred Davis, de acuerdo con su propia historia y experiencia en el campo del alcoholismo y de la investigación alcohólica de otros, afirma que los alcohólicos simplemente no pueden ser enseñados a beber con impunidad.

Para otro partidario de la abstinencia, ésta es deseable en un sentido de estricta abstinencia cuando la meta de ésta, no es lograda regularmente.

Edward Gottheil(30) señala algunos antecedentes de la tendencia o aproxi-

-mación de la abstinencia. Entre otros datos menciona que el problema del alcoholismo en los E.U. se convirtió tan grande y no manejable en 1919 que, en la desesperación, la prohibición fue dictada. El modelo prominente de alcoholismo de ese tiempo fue descrito por Siegler, Osmond y Newell (1968) como el "Modelo de la Moral Seca". De acuerdo a ese modelo, el alcoholismo ocurría debido a que el beber ocurría.

De acuerdo con Gottheil, esa fue una moral que fracasó, la cual consistía concretamente en pensar que con un fuerte deseo, los individuos podían resistir. El tratamiento implicaba el hallar modos de parar al alcohólico en su beber, por ej; el asistir a la iglesia, correrlos de su trabajo, dar multas y sentencias de cárcel, evitándolos, ridiculizándolos y usando una variedad de otras técnicas aversivas. Algunas de estas técnicas no suenan poco familiares en 1975. Con respecto a la prevención, los niños eran educados acerca de los peligros del alcohol y deberían tener ejemplos que se los mostraran ante ellos. La función del hospital era resguardar al alcohólico del alcohol, puntualizar el error de sus maneras de beber y hacerle prometer que nunca bebiera de nuevo. La aproximación no progresó y la prohibición fue finalmente repelida en 1933.

Gottheil, en su posición de considerar al alcoholismo como una enfermedad, y por lo tanto, reafirmar la necesidad de una abstinencia total para evitar que, con la primera copa, surga la compulsión para seguir bebiendo, nos describe el siguiente dato: En 1935, dos alcohólicos se ayudaron el uno al otro a permanecer sobrios y decidieron ver si ellos podían ayudar a otros a hacer lo mismo. AA fue así fundado y creció. En un momento cuando la medicina y la sociedad ofrecían poco, los alcohólicos aprendieron a ayudarse a sí mismos, o más propiamente, algunos de ellos lo hacían.

Por otro lado, y en relación con lo anterior, se tiene que en 1944, el Concilio Nacional sobre Alcoholismo, en E.U., fue establecido por Marty Mann y para 1956 se llevó a él suficiente presión para lograr e así que la Asociación

Americana reconociera oficialmente por primera vez, al alcoholismo como una enfermedad.

El "Nuevo Modelo Médico" descrito por Siegler y col(31) definía al alcoholismo como una enfermedad progresiva y a veces fatal que era posiblemente hereditaria y que ocurría en individuos con una química corporal particular. La hipótesis de una predisposición orgánica para el alcoholismo, sea metabólica, alérgica, nutricional u hormonal en su naturaleza, es compatible con la concepción de que "una vez alcohólico, siempre un alcohólico", esto es, si una persona se define como alcohólica, será alcohólica toda su vida. En personas con tal aflicción, sea hereditaria o adquirida, el primer trago resultaría inevitablemente en un deseo irresistible en más beber y pérdida de control. Desde este punto de vista, el alcohólico va siempre de un trago a la embriaguez y, por lo tanto, nunca debería tomar el primer trago. El debería permanecer "seco", con beber controlado(32-37).

El trabajo sobre intoxicaciones experimentalmente inducidas mostró que los alcohólicos tuvieron más control sobre su conducta de beber controlado que era compatible con un concepto de deseo(38).

Gottheil, en su estudio(46), desde la perspectiva del alcoholismo como una enfermedad crónica y hereditaria (y, en consecuencia plantear la abstinencia total como la solución), reporta que pacientes voluntarios alcohólicos fueron estudiados y tratados en una vigilancia muy estrecha donde el alcohol estaba disponible; esto es, una inducción experimental del beber. El mismo autor reconoce que sus resultados; un beber moderado, capaz de soportar los fines de semana secos y en el horario que la bebida no estaba disponible, así como los resultados obtenidos en estudios de intoxicación experimental, están basados sobre muestras restrictivas de pacientes bajo condiciones controladas. Visto analíticamente, los patrones de beber que observó este autor no reflejan los patrones comunes y corrientes fuera del programa. Si así fuera, estos pacientes tendrían poca razón para acudir a este tipo de programas o tratamientos.

Gottheil nos da una explicación alternativa a este beber controlado de los alcohólicos en estas situaciones experimentales. Dice que la respuesta a la aparente contradicción en el sentido de la existencia de un deseo fisiológico irre-

-frenable, de beber no presenta en la condición experimental, es que la explicación reside en la vida personal y social del individuo, en el significado que la botella ha adquirido para él durante su desenvolvimiento o desarrollo, y en las diferencias entre el medio ambiente del hospital y la casa.

A Gotthall, este punto de vista tiende a serle menos fatalístico o acerca del curso de la enfermedad y mantiene más esperanza de que algo puede ser hecho por el individuo.

Se afirma que el hecho de reconocer y admitir los conceptos de pérdida de control y la meta de abstinencia completa, han sido extremadamente útiles aplicados así por AA. De acuerdo con Gotthall, AA han tratado y están tratando más exitosamente pacientes alcohólicos que cualquier otra agencia de tratamiento. Hasta que el investigador sea capaz de demostrar algunas técnicas prácticas mejores, la aproximación de AA continúa siendo objeto de reconocimiento y admiración, es bastante efectiva.

El punto de vista de que el alcoholismo es una enfermedad crónica y hereditaria puede ser ventajoso en otro modo; permite que el paciente considere su incapacidad para controlar el alcohol como algo desafortunado más bien que como algo malo. La culpa es uno de los factores más permisivos que perpetúan el círculo de la bebida. El alcohólico bebe y siente culpa, así que él vuelve a beber y se siente culpable. El concepto de enfermedad orgánica quita algo de culpa y permite al individuo quien esté intentando la abstinencia, detener más fácilmente su acción de reprocharse a sí mismo y extenderse en la conducta pasada y asumir su debilidad ante el alcohol.

Esto podría definirse como una de las ventajas de la aproximación de la abstinencia completa en el alcoholismo.

Veamos ahora algunas desventajas de esta aproximación que es la practicada por AA entre otros.

Primero: Muchos alcohólicos pacientes no tienen deseos de asistir a AA. Gotthall menciona cifras en E.U. de 1976; de 9 millones de alcohólicos, de los

cuáles tal vez, el 5% son miembros de AA.

Segundo: Muchos de aquellos que son atendidos por diversas agencias u hospitales con programas de alcoholismo no tienen deseos o son incapaces de continuar los principios de AA y no son ayudados.

Tercero: Mientras que AA es un método empírico de tratamiento el cual trabaja para muchos individuos, nosotros debemos todavía considerar cualquier éxito de tratamiento como un fracaso de la prevención.

Cuarto: A pesar de la efectividad de la aproximación de AA, el número de alcohólicos no se ha decrementado sino que se ha incrementado a través de los años.

Una última desventaja señalada por Gotthail es que la meta estricta abstinencia tiende a inhibir ciertos estudios de investigación y el desarrollo de métodos alternativos de tratamiento.

Una de las conclusiones sobre esta tendencia la da Gotthail en el sentido de que los resultados de los programas de tratamiento del alcoholismo pueden ser considerados buenos o malos dependiendo de los criterios que sean puestos. Si el resultado es evaluado en contra de un criterio de una total y permanente abstinencia, los resultados son pobres. Los esfuerzos para lograr tal meta se encuentran muchas veces con la frustración y la desmoralización del equipo de trabajo y de los pacientes. El criterio es irrazonable y poco realístico.

Por el contrario, si nosotros ayudamos a un paciente a abstenerse a controlar su bebida por un período de tiempo, podemos sentir que se ha hecho algo digno. Podemos pensar que si el paciente sufre un desliz y regresa, nos enfocáramos no sobre su desliz y fracaso sino sobre el éxito que él ha tenido durante el intervalo previo a su desliz.

Se hace necesario solidarizarse con Mark Keller(39) de que no solo se debería intentar desarrollar mejores técnicas para prevenir a los alcohólicos de tomar alcohol y educarlos individualmente acerca de los peligros del alcohol, sino también debería tratar de ayudarse a los individuos llamados bebedores pro-

-biens quienes están en una fase temprana del " proceso de enseñanza-aprendizaje del alcohólico ", e intentar alterar su daño psicológico y social para prevenir el establecimiento de la enfermedad.

5.- Teoría Psicoanalítica del Alcoholismo.

Numerosos estudios afirman que son las frustraciones, las tensiones y la ansiedad, así como otros varios factores de desajuste emocionales, los que ocasionan el alcoholismo. Se puede considerar lo anterior como una explicación poco precisa de un proceso patológico ya que se hace sólo en términos de características o funciones psicológicas.

Como hemos visto en algunas aproximaciones anteriores del alcoholismo, éste es considerado como producto de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo del alcohol y de los factores normativos de adaptación.

De igual manera, como vimos anteriormente, no se ha probado que el alcoholismo sea una neurosis, o un estado psicopatológico definido así por determinadas conductas, síntomas o características, ya que las que se han propuesto en este sentido, son compartidas por otros estados sí definidos psiquiátricamente por determinados síntomas o conductas.

Por otro lado, tenemos que Fenichel(40) afirma que los efectos iniciales del alcohol se relacionan con períodos maníaco-depresivos, pero que éste efecto se hace cada vez más irregular y la depresión va tomando su carácter permanente. Añade que si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos que sólo vuelven con los efectos de " la mañana siguiente ", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata.

Lawrence C. Kolb(41) complementa la explicación del fenómeno del alcoholismo en términos psicoanalíticos. Señala que debido a la ambivalencia y al conflicto de los padres, éstos protegen al niño de las exigencias del ambiente durante los años formativos; por ello las funciones del yo no se desarrollan bien. Así, es frecuente que estos individuos descubran al alcohol como un medio para liberarse

de la emociones dolorosas internalizadas, debido a que los padres acostumbran tomar bebidas alcohólicas.

En otros casos, el alcoholismo puede presentarse en personas que, en ausencia de una figura conveniente con quien identificarse, nunca desarrollaron un superyo que los estabilizara. La falta de responsabilidad y el yo débil son factores estrechamente ligados al carácter neurótico. Algunas veces el alcohólico periódico parece buscar, a través de su episodio de ebriedad, el escape a un superyo demasiado estricto. En algunos casos puede suponerse que existen identificaciones y tendencias homosexuales inconcientes. Si el hábito persiste y se establece la pauta típica del alcohólico, empieza a surgir indiferencia a la realidad, lo cual sirve como una indeseable defensa adicional.

Tenemos pues, la tendencia psicoanalítica del alcoholismo que nos señala varios factores que, de hecho, sí intervienen en algunos casos como antecedentes del alcoholismo. La cuestión que permanece a investigar es si estos factores son los determinantes fundamentales. Lo más aceptable es que se trata de una conjunción de factores; esto es, una multicausalidad del alcoholismo.

6.- Teoría del Aprendizaje.

Según la teoría del aprendizaje, entre cuyos exponentes encontramos a A. Yates(42), el alcohol tiene un efecto recompensante en el individuo porque reduce inmediatamente la pulsión por el alcohol. Funciona de dos formas principalmente, primero, puede reducir el estado de déficit fisiológico y segundo, puede reducir las respuestas de ansiedad y sus estímulos concomitantes. Fortaleciendo con ambas funciones las conductas que le preceden. Cuando el alcohol cumpla con las dos funciones será el método dominante o preferido. En esto consiste el condicionamiento operante, ya que en una persona en estado de ansiedad o de privación fisiológica ensayarán varios métodos para reducir el nivel de pulsión, hasta que se encuentre con el alcohol.

El que predomine la ingestión aún cuando puede causar mucho sufrimiento al

individuo, él explica señalando que los efectos del alcohol refuerzan inmediatamente y predominan sobre los efectos negativos; el castigo social y los efectos reductores de ansiedad del castigo anticipado, ya que el alcohol mismo puede reducir el efecto de éstos últimos, al menos temporalmente.

La aproximación conductual, por lo menos en algunos autores, se ha manifestado en contra de la hipótesis de la pérdida de control del alcohólico, sostenida entre otros por la tendencia del alcoholismo como enfermedad.

Así, en un estudio de Mendelson y Mello(43), participaron dos alcohólicos crónicos, quienes durante cierto tiempo habían estado privados del alcohol. Se les permitió acceso a un aparato que daba alcohol (con incrementos de 10 cc de whisky graduación 86) o daba puntos de reforzamientos, cambiables por dinero, eligiéndose el reforzador mediante una manija de selección. Se daban las respuestas pulsando un botón, el que cambiaba de color de acuerdo con el programa de reforzamiento que estuviera en funciones. Se programa al azar cuatro tipos de reforzamiento: de razón fija, cuando se daba reforzamiento tras 360, 240, 120 o 60 pulsaciones del botón; de intervalo fijo, cuando se daba reforzamiento a la primera respuesta tras un intervalo de 1, 2 o 3 minutos; de extinción, cuando no se reforzaba ninguna respuesta durante el período de un minuto; y de reforzamiento diferencial sin respuesta(RDO), cuando el sujeto no debía responder durante los 30 segundos del RDO pues, de hacerlo, se volvía a ajustar el reloj y el RDO continuaba. Si no se daba ninguna respuesta durante el período, se iniciaba un programa nuevo. El experimento duró once días, lapso durante el cual el sujeto podía trabajar con la máquina en cualquier momento del día o de la noche.

Resultados: 1.- Ambos sujetos ingirieron rápidamente suficiente alcohol para hacer que en la sangre los niveles de alcohol ascendieran de 150 a 300mg por 100 cc. 2.- Ambos sujetos manifestaron una embriaguez moderada, incluso aunque los niveles de alcohol en la sangre se encontraban muy por arriba de los que pro-

-ducen desorientación en los no-alcohólicos. 3.- Ambos sujetos tendieron a mantener su nivel de alcohol en la sangre a un nivel constante, aunque las tasas operantes fluctuaron notablemente. 4.- Ambos sujetos mostraron incrementos importantes en la ansiedad y la depresión mientras estaban bebiendo (lo que da apoyo a pruebas posteriores de que la embriaguez no reduce la ansiedad y depresión). 5.- Según iba pasando el tiempo, ambos sujetos informaron de una pulsión de beber decreciente. 6.- Ningún sujeto dejó de beber por reducciones graduales. 7.- Ambos sujetos tendieron a acumular el alcohol en lugar de bebérselo inmediatamente.

Son evidentes los resultados en cuanto a los efectos respecto a la ansiedad y depresión, por ello podemos coincidir con aquellos que dicen que si en un inicio el alcohólico bebió con la expectativa de experimentar "algo", los efectos de la bebida están en una relación particular con dichas expectativas. Después cuando se cierre el círculo del alcoholismo con la dependencia física o psicológica, dichos efectos puede que no tengan mucho que ver con el mantenimiento de dichas expectativas y de dicho problema.

En otro estudio, Nathan y col(44), investigaron la interacción existente entre los patrones conductuales del beber y los patrones de socialización-aislamiento. Se investigó a doce alcohólicos severos, divididos en grupos de cuatro y situados en un pabellón compuesto de cuartos individuales y una zona común. A fin de obtener alcohol el sujeto tenía que trabajar presionando una palanca con base en un programa de razón fija: 150 le daba un punto; necesitaba veinte puntos (3000 presiones de palanca) para obtener 20 cc de alcohol. Tras un período de siete días en que los sujetos no tuvieron alcohol (pero durante el cual sí podían ganar puntos trabajando), se introdujo un período variable de acceso al licor. Durante la mitad de tiempo, el sujeto estaba en aislamiento, y durante la otra mitad podía tener relaciones sociales, si así lo deseaba. Tras el período experimental venía uno de siete días en que no tenía acceso al licor. Repetidamente se evaluaron las tasas de presión de palanca operantes, las respuestas dadas a un inventario conductual, un sociograma del pabellón, una lista de verificación de humores, la ataxia, el estado físico, los signos vitales y el nivel de alcohol en la sangre.

Los resultados indican que los sujetos trabajaron para obtener reforzamiento durante el período anterior al consumo del alcohol; dejaron de trabajar y gastaron su dinero en alcohol al comenzar el período de acceso al licor y equilibraron trabajo y consumo de bebida. Mostraron un incremento de la ansiedad y depresión y tendieron a permanecer aislados socialmente, pese a estar afirmando que no gustaban de la soledad.

Un estudio posterior, el de Nathan y O'Brien(45) es bastante similar al anterior, consistiendo el cambio principal en que durante el período de aislamiento el sujeto podía emplear los puntos ganados en obtener alcohol o no obtener interacción social. Además en el estudio se compararon alcohólicos de "mala muerte" con bebedores consuetudinarios del mismo ambiente, pero que mostraban síntomas extremos de alcoholismo. Los resultados fueron muy similares a los obtenidos en el estudio anterior en lo que respecta a los alcohólicos de "mala muerte", pero no en lo referente a bebedores consuetudinarios, quienes bebieron menos, tenían niveles de alcohol en la sangre más bajos y empleaban sus puntos en comprar por igual interacción social y licor. Fue posible correlacionar las diferencias con los patrones de trabajo existentes en la vida real, pues en ésta los alcohólicos de mala muerte trabajaban para obtener dinero y después, dejaban de trabajar y se daban a la bebida. Los otros tendían a conservar el empleo.

En este estudio la situación experimental se acercó mucho en lo observado a la situación natural del individuo y, junto con lo anterior nos confirman la presencia de estados depresivos y de ansiedad en individuos alcohólicos, así como una tendencia al aislamiento social.

Pese a ello, pueden persistir las dudas respecto a la validez de la situación experimental. Este punto tiene especial importancia para un seguimiento en este estudio, lo cual permitiría aportar datos para la validación de la situación experimental respecto a los cambios reales ocurridos en el sujeto en su ambiente natural.

Otro estudio dentro de la tendencia de la Teoría del Aprendizaje es el realizado por Gottheil y col(46), en el que estudiaron a 66 alcohólicos entre los 25 y los 55 años de edad, quienes no eran psicóticos, no padecían ninguna enfermedad médica o

neuroológica sería y quienes se prestaron voluntariamente para este estudio. Gottheil diseñó su estudio muy parecido, tanto en el contexto de intoxicación experimental inducida, como en sus conclusiones respecto a la pérdida del control para beber, a los de Mello N.K. y col(38), y de Skoloda y col(47), en el sentido de que sí se encontró en esas situaciones un beber controlado por parte de los sujetos que satisfacían todos los criterios del alcoholismo.

En el estudio de Gottheil y col(1973), los autores mencionan que los alcohólicos que bebieron continuamente mostraron en sus patrones de bebida notables diferencias individuales. Quienes no bebieron mientras duró el programa no mostraron síntomas importantes debido al abandono de la bebida y no parecieron molestos de ver a otros beber.

Este estudio puede compartir con los anteriores el hecho de que faltara un seguimiento de por lo menos un año para corroborar la efectividad de las conclusiones vertidas en el sentido de una extensión de ese beber controlado en situaciones experimentales, a las situaciones naturales de los individuos.

Por otro lado, otros estudios dentro del análisis conductual que se han dedicado a definir características conductuales de los alcohólicos, sin que, hasta el momento, esos resultados encuentren una relación directa con un tratamiento específico.

CAPITULO II

DEFINICIONES Y CARACTERIZACIONES DEL ALCOHOLISMO

Se ha dicho que el pretender diagnosticar al alcoholismo como una enfermedad, es una práctica permisible por sus propósitos heurísticos en tanto no se haya llegado a una homogeneidad de criterios para su identificación.

Se puede pensar que es necesario y aceptable el definir las características que permitan identificarlo, las circunstancias en que se origina, las formas en que se desarrolla y la frecuencia e intensidad del mismo, en la búsqueda de esta homogeneidad.

Definiciones Fenomenológicas.

Este tipo de definiciones, descriptivas del acto mismo, han sugerido que el alcoholismo es " toda forma de tomar que va más allá del tradicional y convencional ' uso alimenticio ' o de lo que comúnmente es aceptado como costumbre social en toda la comunidad y que interfiere con la salud o funcionamiento social y económico"(1). Este tipo de definición no toma en cuenta los factores etiológicos que producen tal conducta.

Otro ejemplo de definición fenomenológica que atiende más al aspecto descriptivo que a una explicación de sus causas o relaciones etiológicas es la que proporciona el Dr. Ebbe Curtis Hoff, del Medical College of Virginia, el cual basa su definición en los siguientes tres criterios:

- 1.- Pérdida de control al ingerir alcohol.
- 2.- La existencia de un daño funcional o estructural. Este daño puede ser fisiológico, psicológico, familiar o económico-social, o bien frecuentemente, una combinación de varios de éstos. Es presumible que este daño sea causado por los efectos tóxicos del alcohol y que actúan directa e indirectamente sobre la persona que lo ingiere.
- 3.- Que el sujeto alcohólico utilice la bebida para tratar de satisfacer necesidades anormales(2).

Esta definición nos señala la interferencia del alcohol

--

en la salud física y mental, y una vaga referencia a expectativas del alcohólico respecto del alcohol como causa de su adicción.

Morrison J.(3) dentro de esta línea de pensamiento, define al alcoholismo en el instante que un paciente ha bebido excesivamente por dos años o más, guiándose por al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Síntomas de retirada, complicaciones médicas, pérdidas de conciencia alcohólicas, o calambres alcohólicos.
- 2) Inhabilidad para dejar de beber, intentos de controlar el beber por una serie de métodos, beber antes del desayuno, o tomar bebidas no alcohólicas.
- 3) Arrestos por beber, líos por manejar alcohólico, dificultades en el trabajo o peleas asociadas con el beber.
- 4) Censuras de la familia, de otra gente, o del paciente mismo por su beber, pérdidas de amistades por el beber o sentimientos de culpa por esta causa.

En esta definición es notoria la presencia de elementos psicosociales, los cuales es difícil pensar, no se den en los pacientes alcohólicos, quienes han empeorado sus problemas de personalidad, económicos, etc., al beber de una manera tal, que les impide relacionarse adecuadamente y cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, en la familia, etc.

Esto se refleja en la siguiente definición de Chafetz y Demone(4): "Definimos al alcoholismo como un desorden crónico de la conducta, que se manifiesta en una preocupación inadecuada por el alcohol, en detrimento de la salud física y mental, por la pérdida de control cuando se ha iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas y por una actitud autodestructiva en las situaciones vitales y en las relaciones interpersonales."

Otra definición en la que también se presentan aspectos psicológicos y psicodinámicos es la de Duchene, en donde también se señalan elementos para explicar la etiología del problema del alcoholismo: "El alcoholismo es esencialmente un problema del comportamiento que se manifiesta por la ingestión ex-

cesiva de bebidas alcohólicas, con la característica de ser irreductible o casi irreductible por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana; los problemas con la salud, las nefastas consecuencias económicas, familiares, profesionales, etc.,(5).

De acuerdo con su definición, a Duchene le parece imposible influir positivamente en el curso del problema del alcoholismo mediante argumentos del sentido común. También se advierte el énfasis en considerar al alcoholismo como un fenómeno en el que confluye una interrelación universal ilimitada con todos los factores posibles, de hecho.

Definiciones Causalistas.

Una posición menos fatalista respecto a la posibilidad de tratamiento nos la da Snyder(6): "El alcoholismo es un desorden secundario, resultante de la interacción de los factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto al consumo de bebidas y de los factores alternativos de adaptación".

Es notoria aquí la intervención, en el problema del alcoholismo, de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan diferentes niveles de interacción en cada individuo. La posición de los distintos investigadores al acentuar un aspecto o darle mayor énfasis a otro, puede deberse a observaciones o investigaciones particulares de ellos, o al marco teórico desde el cual visualizan el problema del alcoholismo.

Otro intento de buscar la causalidad del alcoholismo a nivel de un planteamiento en la definición de éste, la presenta Jackson Smith(7) al afirmar que "... el alcohólico es el individuo que, a causa de la bebida afronta obvios problemas físicos, sociales, matrimoniales o profesionales y que bebe aún más para intentar superar dichas dificultades".

Ramón de la Fuente(8) en cambio, describe el círculo del trastorno provocado por el alcoholismo, al afirmar que éste "... es una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente éste se vuelve un sustituto de

otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades".

Definiciones Sociológicas.

También se han enfatizado en las definiciones los aspectos sociales como es el caso de la posición de Schuckit M.(9) al definir al alcoholismo como "... el beber en un modo tal que interfiera en la forma de vida de uno, evidenciado por la presencia de cualquiera de los siguientes aspectos; pérdida de trabajo, dos o más arrestos por manejar ebria, separación marital o divorcio, o una hospitalización relacionada al beber".

En la interpretación, análisis y aceptación de determinada definición del alcoholismo, debe tenerse en cuenta las investigaciones que, sobre el alcoholismo nos ayuden a validar tales definiciones en base a la naturaleza exacta del problema, evidenciado por la presencia continua de los elementos comunes hallados en dichas investigaciones.

Por ejemplo, diversas investigaciones y estudios, entre los que se pueden mencionar a los de Phillips A. Lorne(10) y la revisión bibliográfica de Chad D.

Errick(11) concluyen que, tanto los trastornos psicopatológicos y/o sociales, se desarrollan concomitantemente con el problema del alcoholismo.

Lo anterior no debe llevar a posturas que se mencionaban líneas atrás, en el sentido de una interrelación universal ilimitada de factores que expliquen el fenómeno del alcoholismo, lo cual impediría prácticamente, el conocimiento científico del problema.

Definiciones del alcoholismo como una enfermedad.

Del énfasis en algunos elementos (psicológicos, sociales, etc.) parece surgir la tendencia de que todos los elementos se conjugan de tal manera que se le considera al alcoholismo como una enfermedad, entendida ésta como "... una entidad específica que es la suma total de las expresiones de uno o más procesos patológicos la falla de los mecanismos adaptativos para responder adecuadamente a las tensiones, con el consiguiente trastorno de las funciones orgánicas." (Blackston's New Medical Dictionary, 1956).

En otra concepción del alcoholismo como enfermedad, se encuentra la aseveración de Mark Keller, del Centro de Estudios del Alcohol de la Universidad de Rutgers, incluida en la Enciclopedia Americana: "El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático que se manifiesta como un desorden de la conducta y se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo" (12).

De esta manera, el que el alcoholismo pueda ser calificado como una enfermedad, depende de que los síntomas y signos a los que comúnmente da lugar, sean suficientes para describir una entidad específica. En este sentido, la historia, los síntomas y los signos asociados al alcoholismo, son en gran medida aquellos que dependen del uso prolongado y excesivo de un fármaco sedante como lo es el alcohol, por ej; tenemos: desorganización de la personalidad, disminución de la capacidad de concentración y atención, temblores, insomnio, síntomas fisiológicos recurrentes, tolerancia al fármaco, pérdida de la conciencia, alucinaciones y delirios, etc.

Definición del Alcoholismo como una Dependencia.

Se observa que la tendencia de varios investigadores y estudiosos, es la de conceptuar al alcoholismo como una farmacodependencia, ya que se manifiesta la incapacidad del alcohólico para alejarse del alcohol aún cuando, por la experiencia diaria compruebe que su conducta lo lleva a la ruina total. Así, en 1971 la OMS define a los sujetos alcohólicos como "... bebedores excesivos, cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que produce ya un disturbio psíquico o la interferencia con su salud física o mental." (OMS, 1971).

Alcoholismo como Síndrome.

Seis años después, es el mismo organismo reelaboró el concepto quedando propuesto como el Síndrome de Dependencia al Alcohol.

Las razones que se dan para la modificación anterior son varias, por lo que sólo se enunciarán las consideradas fundamentales. Para el grupo de investigadores que se encargó de la redacción e integración del concepto del síndrome de dependencia del alcohol, las conveniencias de este concepto son, entre otras, el que el término de síndrome puntualiza la apertura de la postura que se está tomando, está implícito solamente que un número de fenómenos tienden a agruparse con frecuencia suficiente para constituir un hecho reconocible. No se hace la aseveración de que todos los elementos necesariamente estarán presentes siempre en la misma magnitud o en magnitudes parecidas, tampoco de que todos los elementos estarán obligadamente presentes y que en su presentación habrá diferencia de grados y en número de elementos.(13).

Como evidencia para el término se asevera que la ciencia no está en posición de clasificar la dependencia al alcohol como una condición de etiología conocida, patología establecida y una historia natural determinada. Pero a pesar de las lagunas existentes, la mejor evidencia que se sostiene es de que dicha dependencia se trata de una realidad psicobiológica y no una etiqueta social arbitraria. El decir cuando un síndrome debe ser clasificado como una enfermedad está en una relación determinada socialmente y debe ser congruente con los hábitos e intereses culturales más amplios. La concepción de que se trata de un síndrome no afecta la postura de aquellos que han hecho del concepto de enfermedad alcohólica un tema central para educación y actividades de salud dirigidas, incluyendo su rehabilitación.

Para la OMS el factor dependencia implica una probable disminución en la respuesta del beber individual al proceso normal de control social formal e informal, hay evidencia de que aún el beber dependiente está influenciado por factores ambientales. Así, es un error el tan simplista punto de vista de que la dependencia necesariamente implica una ausencia total de responsabilidad.

Se introduce el concepto de grado en la concepción de síndrome al afirmar que la dependencia básicamente se ve como un fenómeno aprendido. Si la dependencia es una conducta aprendida, entonces puede esperarse que exista en varios grados y, además, que pueda también desaprenderse.

Se proponen criterios para el diagnóstico del síndrome de dependencia al alcohol y se menciona como vital el basarse en la evaluación cuidadosa de la evidencia de :

Estado Conductual

Alterado

El patrón de ingestión de alcohol difiere de las costumbres de su medio.

La cantidad de alcohol ingerida le asegura al paciente el mantenimiento de niveles sanguíneos suficientes.

La ingesta de alcohol se incrementa a pesar de las consecuencias desfavorables (re- forzamiento negativo).

Estado Subjetivo

Alterado

Pérdida de control o incapacidad para detenerse una vez que se ha iniciado la ingestión de alcohol.

Apetencia intensa por el alcohol.

Atención centrada en la bebida(las actividades e intereses del sujeto giran en torno a la posibilidad de beber).

Estado Psicobiológico

Alterado

Presencia de signos y síntomas de abstinencia.

Mejoría de los síntomas al beber nuevamente.

Tolerancia al alcohol.

Desarrollo del síndrome de dependencia después de un período de abstinencia.

Además de la evaluación cuidadosa de éstos tres estados, se recomienda el considerar los factores interactuantes; ambientales y personales, y el considerar al sujeto en términos de su propio contexto cultural para que el examinador considere como patológicos o no a aquellos rasgos que difieren de su propia cultura.

Tipos y Fases del Alcoholismo.

Dentro de la caracterización del alcoholismo cabe mencionar algunas clasificaciones que, sobre tipos y fases del alcoholismo proponen diversos estudiosos, pues ello tiene relación con la conceptualización sobre el alcoholismo.

Jellinek(1971), describe lo que llama cuatro fases del alcoholismo;

La primera etapa, la pre-alcohólica; El presunto adicto se revela cuando encuentra en la bebida un 'alivio compensador'. Este alivio es muy señalado en su caso porque sus tensiones son mucho mayores que en otros miembros de su círculo social, o porque no se ha aprendido a manejarlas como lo hacen otros.

En esta etapa del alcoholismo es posible que el bebedor no se da cuenta de su especial reacción al alcohol. Tal vez solo beba ocasionalmente para aliviar su tensión.

En la segunda etapa del alcoholismo, el bebedor puede empezar a padecer de "lagunas mentales". Puede seguir funcionando racional e irracionalmente mientras está bebiendo, pero más tarde no se acordará de sus actos. En esta etapa es generalmente cuando se empieza a beber a escondidas, a pensar en el alcohol gran parte del tiempo y a sentir culpabilidad por su bebida.

La etapa decisiva o aguda del alcoholismo se presenta cuando el individuo empieza a perder control de su manera de beber. La bebida desata "reacciones en serie" que el alcohólico percibe en forma de una exigencia física de alcohol.

En esta etapa el bebedor todavía puede dejar de beber y controlar durante breves períodos su manera de hacerlo. Sin embargo, frecuentemente es difícil de hacerlo porque todavía no ha admitido que su manera de beber es su problema. Hasta este momento, el alcohólico ha estado luchando para no perder su control

sobre el alcohol, bebiendo a la menor tentación o deseo del mismo. Ya no manifiesta ni el deseo ni la capacidad de dejar de beber sin ayuda.

Anteriormente, Jellinek(1960) propuso su clasificación sobre el alcoholismo:

Alcoholismo Alfa: Esta forma se traduce en una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida de control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas de carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo Beta. Se caracteriza por complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada del alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia, pero puede haber dependencia psicológica.

Alcoholismo Gamma. En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida de control. Según Jellinek, esta forma de alcoholismo se encuentra principalmente en los E.U. No explica el porqué de esta focalización de este tipo de alcoholismo allí y en los países sajones.

Alcoholismo Delta. También se encuentra una dependencia física y psicológica, aquí el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún por días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Según Jellinek, esta forma de alcoholismo se encuentra en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

Alcoholismo Epsilon. Es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía.

Aunque Jellinek elaboró sus tipos de alcoholismo y después propuso las fases de éste, se encuentra en ambas proposiciones elementos implícitos y ex-

-plícitos de causalidad de alcoholismo, lo cual necesariamente tiene que sujetarse a una corroboración empírica para poder aceptarse plenamente.

Por su lado, Bowman R. y col. (14) compararon diversos métodos de medición de la conducta de beber; Cantidad-Frecuencia(Q-F), Cantidad-Variabilidad(Q-V), Cantidad-Frecuencia-Variabilidad(Q-F-V), Volumen-Variabilidad(V-V), y el que ellos propusieron, Volumen-Patrón(V-P).

En breve, tal correlación de volumen-patrón la obtuvieron por unidades básicas del consumo diario de tres tipos diferentes de bebida(vino, cerveza y licor), formando cada una, una columna de ingestión. Así, a estas tres columnas se adicionaba una de consumo total, una de promedio diario y otra del patrón de consumo. En síntesis, ésta técnica proporciona, de acuerdo a los autores, un par de índices numéricos para describir la conducta de beber en cada período examinado de la vida de los sujetos; el índice de volumen como una medida del consumo total o agregado, y el índice de patrón como una medida del grado del " beber persistente o continuo."

De esta manera, el índice V-P aísla estas dos dimensiones, evita juicios a priori acerca de sus interrelaciones y discrimina continuamente a lo largo de cada escala. Usando ésta técnica de medición con la población de bebedores problema admitidos a un hospital estatal, encontraron que el volumen de ingestión es un predictor útil de ajuste social, mientras que el patrón de ingestión por sí mismo o en combinación con el volumen, no es un predictor útil.

Una conclusión relevante en cuanto a caracterizar el alcoholismo es que, tal vez para los bebedores problema severos no importa que el alcohol sea consumido de determinada manera, sino solo que el alcohol sea consumido o no, y si es bebido, qué tanto.

George Vaillant(15) señala su propia clasificación en la que hay 7 niveles de uso del alcohol:

1.- Poco uso: abstinencia o menos de 2 tragos de consumo de alcohol por semana.

- 2, 3, 4.- Bebedor social: niveles m incrementados desde 3 hasta 21 tragos por semana.
- 5.- Bebedor social fuerte : equivalente a una ingestión de 5-8 onzas de licor fuerte diariamente por tres años o más con problemas de control o claro daño a las relaciones sociales.
- 6.- Abuso: a veces promediando más que el equivalente a 8 onzas de licor fuerte diariamente por tres años o más con problemas de control o claro daño a las relaciones sociales.
- 7.- Beber problemático por más de 5 años.

Los criterios de Cahalan(18) son cantidad, frecuencia y variabilidad(QSV) de la ingestión de alcohol por vez;

- 1) Abstemios; que incluye a aquellas personas que bebieron por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes.
- 2) Bebedores poco frecuentes; que incluye a aquellas personas que bebieron por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes.
- 3) Bebedores regulares; incluye a todas aquellas personas que notificaron consumo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes. A su vez, estos bebedores se subdividen en consuetudinarios, moderados y leves:
 - 3.1. Consuetudinarios; Dentro de esta clasificación se encuentran las personas cuyo consumo varía entre tres o más veces al día, diario, una o dos veces al mes, pero que beben cinco o más copas por incidente.
 - 3.2. Moderados: Abarca a las personas cuyo consumo varía entre dos veces al día, diario, pero que limitan el consumo a una o dos copas, y aquellos que ingieren alcohol por lo menos una vez al mes, pero que toman más de tres copas por ocasión.
 - 3.3. Levas: Incluye a aquellas personas cuyo consumo varía de una vez al día, diario, una vez al mes y que lo limitan a una o dos copas por vez.

CAPITULO III

ALCOHOLICOS ANONIMOS

Sin intentar relatar toda la historia de Alcohólicos Anónimos(AA), mencionaremos que éste se inició en 1935 al reunirse dos hombres con problemas con el alcohol y descubrieron como dejar de beber. Después transmitieron ese método o medio para dejar de beber a otros. De E.U. que fue su origen, se ha difundido a muchas partes del mundo guardando una relativa independencia esos grupos de AA.

Cabe previamente describir el enunciado de AA que es a la vez, su definición y la base de su funcionamiento: " Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo."

" El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad."

Es notoria así, la circunscripción de AA al problema del alcoholismo sin arriesgar a desviarse de ese objetivo.

, Los AA conciben al alcoholismo como una enfermedad, progresiva y que no puede curarse, pero que "... al igual que muchas otras enfermedades, sí puede detenerse."

Yendo más allá, para muchos de los AA, el alcoholismo es una combinación de una necesidad física por el alcohol y "...la obsesión mental por beberlo y que es imposible contrarrestarla son sólo fuerza de voluntad." Esta postura la sostienen sin pretender analizar sus orígenes. Lo que interesa a AA es que una vez que el alcoholismo se ha apoderado de un individuo, no significa que le falte

fuerza moral. Lo que significa es que la persona ha perdido la facultad de decidir si usa el alcohol o se abstiene de él. De aquí que resulta que lo importante desde este punto de vista es el detener la enfermedad con ayuda de los integrantes del grupo de AA, pero debiendo existir el "deseo sincero de restablecerse."

Para AA no hay alcohólicos a "medias", se reconoce la persona como alcohólico o no; no hay diagnóstico externo, sino cada quien debe hacerse ese diagnóstico para que sea lo más sincero posible. Frecuentemente utilizan para este efecto, preguntas elaboradas por la Universidad John Hopkins de E.U., se anexa un formato de ese autodiagnóstico.

Es evidente que para AA, la abstinencia completa es indispensable para detener el proceso de alcoholismo. Así, el solo hecho de abstinencia continua durante varios meses o años, no ha sido nunca suficiente para que un alcohólico pueda beber 'normalmente', o en reuniones sociales.

Una vez que el individuo ha traspasado la "frontera" entre beber mucho y beber irresponsablemente, no puede volver atrás. Así pues, el individuo debe identificarse primeramente como alcohólico para así poder fijarse la meta de abstinencia total como garantía de no volver a beber irresponsablemente, pues se considera que el beber la primera copa o trago de alcohol, se pone en marcha de nuevo esa enfermedad, ya que esa no será la primera ni la última copa.

Pero no es sólo el dejar de beber lo que constituye el programa de AA, es el "desarrollar una nueva manera de vivir constructivamente". Este desarrollo lo realizan definitivamente en grupo. Cuando trabaja con otros alcohólicos de su grupo, el bebedor consuetudinario adquiere al parecer, apoyo y simpatía. Se encuentra rodeado por otros que comparten sus experiencias del pasado, sus problemas del presente y sus esperanzas para el porvenir. Deja a un lado la sensación de soledad que, quizás fue uno de los factores importantes que lo llevaron a la bebida. Hay que recordar aquí que muchos estudios han demostrado que los trastornos de la personalidad y el alcoholismo se desarrollan

concomitantemente, sin que se haya demostrado significativamente que ciertos estados de ánimo son causales del fenómeno del alcoholismo.

La ausencia de reglamentos y disposiciones formales y de carácter obligatorio es una de las cualidades más singulares de AA. No hay estatutos que digan que un miembro tiene que asistir a determinado número de reuniones durante cierto período de tiempo. Sin embargo, la mayoría de los grupos tienen la tradición no escrita, de que cualquiera que siga bebiendo y que por su comportamiento interrumpa una reunión de AA, tendrá que abandonarla; la misma persona, sin embargo, será bienvenida en cualquier momento en que sus acciones no causen molestias.

Mi experiencia personal con AA es que cada grupo resuelve este tipo de problemas de acuerdo a las decisiones del mismo o de los líderes "informales"; algunos actuarán con más rigurosidad que otros, los más serán tolerantes, etc., incluso hay algunos muy incisivos, críticos, donde las observaciones sobre la conducta u opiniones de los demás se expresan total o casi totalmente.

Además de lo anterior, se mencionará otros parámetros por los cuales los AA se guían en su programa de recuperación.

LOS DOCE PASOS

Para los AA, éstos son el núcleo del program para la recuperación personal del individuo alcohólico. Se presentan simplemente como indicaciones basadas, en su gran mayoría, en la experiencia que por ensayo y error, los miembros originales señalaron como importantes para ayudarse a lograr la sobriedad. Las indicaciones son 'sugeridas', es decir, se sugiere a los miembros que sigan o procuren guiarse por estas indicaciones llamadas los "Doce Pasos", que son los siguientes:

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos al convencimiento de que solo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal

como nosotros lo concebimos.

- 4.- Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otros ser humano la naturalidad exacta de nuestras faltas.
- 6.- Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocá-
-bamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto conciente con Dios tal como lo concebimos pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera fortaleza para aceptarla.
- 12.- Habiendo experimentado un Despertar Espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Veamos las Doce Tradiciones que para los AA sirven a manera de advertencias de la verdadera base de AA, a la vez que también son principios para asegurar la supervivencia y el desarrollo de los millares de grupos que comprenden AA.

- 1.- Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unidad de AA.
- 2.- Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores, no gobiernan.

- 3.- El único requisito para ser miembro de AA es el querer dejar de beber.
- 4.- Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a los AA, considerados como un todo.
- 5.- Cada grupo tiene un solo objetivo: llevarle el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
- 6.- Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- 7.- Todo grupo de AA debe mantenerse a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de fuera.
- 8.- AA nunca tendrá carácter profesional, pero, nuestros centros de servicio puedan emplear trabajadores especiales.
- 9.- AA como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas de servicio o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirvan.
- 10.- AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, radio, T.V. y el cine.
- 12.- El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas.

Contrastando estos principios y las opiniones de los miembros de AA con su cotidianidad práctica, encontramos algunas contradicciones. En primer lugar, manifiestan que su restablecimiento personal, depende de la unidad del grupo de AA. Sin embargo, en otro principio declaran que el restablecimiento de su sano juicio y la corrección de sus defectos de carácter lo dejan en manos de Dios. Se

señala esta contradicción no solo por lo declarado en sus principios, sino que a través de la experiencia personal, tanto en reuniones como en pláticas en AA, se observa que efectivamente, declaran que Dios les permitió restablecerse del alcoholismo. Sin embargo, enfatizan una y otra vez que su restablecimiento se lo deben al grupo y que sin él no hubieran logrado dicho restablecimiento hasta el momento. En otros instantes de sus exposiciones o autorelatos en tribuna muchos de ellos, por no decir que la totalidad, enfatizan que sus errores siempre se los achacaban a otros (por ej; a su esposa, parientes o al patrón que lo despidió, etc), y al llegar a AA se dieron cuenta que si hubieran seguido el consejo del cura, médico, psicólogo, etc., sí " se hubieran restablecido". Pero afirman que, debido exclusivamente a que él no funcionó, no funcionaron los consejos o tratamientos recibidos por él. .

En segundo lugar, haciendo una conclusión preliminar, se puede afirmar que definitivamente, el programa de AA sí funciona para mucha gente a la que no le había funcionado otros métodos para dejar el alcohol. Es más, ellos mismos declaran que después de haber dejado el alcohol por un buen tiempo; sus problemas personales, familiares, etc, no se solucionan necesariamente. Sí reconocen que han dejado de tener muchos problemas que le ocasionaba el beber en forma exagerada. Pero también reconocen en gran número que sólo han dejado de beber y que siguen comportándose en forma inadecuada con su esposa, hijos etc.

De aquí concluyen que deben cambiar más, entonces se hacen el propósito de cambiar de tal manera que retomen las responsabilidades que habían dejado mientras tenían el problema de alcoholismo o cambien su manera de ser con sus parientes, la cual generalmente, es de irresponsabilidad, incomprensión, o simplemente es inadecuada. Sólo en el momento en que recuerdan sus preceptos contenidos en sus Doce pasos o Tradiciones, es cuando señalan que su restablecimiento o cambio y los logros obtenidos, han sido por decisión divina.

⊗ Cabe mencionar por último, otro elemento esencial en el programa de rac upe-

-ración de AA. Es el programa de "Veinticuatro Horas". Un AA nunca jura no volver a tomar en toda su vida. La razón que se da es que en el alcohólico que acude a AA, en su mayoría, manifiesta un deseo incontrolable por la bebida que resulta superior a sus fuerzas y a sus mejores intenciones de no volver a beber. Para los AA se hace evidente que su principal problema es mantenerse sobrios ahora.

Estas Veinticuatro Horas son el único período a que se compromete el alcohólico para no beber. Se sobreentiende que, al recién llegado que se le da éste programa de 24 horas, se le sugiere que vuelva al siguiente día para ayudarle a mantenerse sobrio en ese 2o. día, y así subsecuentemente hasta que, por medio de su experiencia y militancia en AA deja de beber. También se le puede sugerir a él o a sus familiares que se quede en el lugar de reunión de los AA, cuando éste cuenta con un local(anexo) para que se quede a dormir y a vivir por cierto tiempo, el cual puede ser indefinido dependiendo de si el alcohólico pueda en un tiempo dado poder reintegrarse a la sociedad y/o a su familia. Esta decisión la toman los AA más experimentados junto con el propio sujeto.

Este tipo de 'anexos' se encuentran en todos los grupos autodenominados de "24 Horas".

A grandes rasgos, esto es lo que representa el programa de AA, con algunas observaciones y comentarios producto de la experiencia y conocimiento personal. Como comentario final hay que mencionar que AA constituye de hecho un tratamiento o terapia grupal del alcoholismo, y tiene efectos que tal vez sean más extensivos y efectivos que cualquier otro. Ello puede deberse entre otros factores, a que en el inicio, durante y después del tratamiento, el alcohólico aprende en AA a vivir sin el alcohol; es decir, aprende un nuevo modo de vivir, propiamente hablando.

CAPITULO IV

ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO

Estos y otros aspectos más del alcoholismo, se han propuesto como; a) causales, b) concomitantes, y b) producto del alcoholismo. Siendo el alcoholismo un problema tan complejo, diversos investigadores se han encontrado con que comparte estas tres características en distintos momentos, es decir, se puede crear un círculo en el que indistintamente el alcoholismo se haya desarrollado concomitantemente con cualquiera de los tres aspectos. Una vez establecido, es difícil determinar qué causó un problema específico de alcoholismo.

La revisión de los trabajos de los distintos investigadores y la experiencia personal en los grupos de AA, permite concluir que no hay un aspecto predominante que determina el establecimiento y desarrollo del alcoholismo, lo que hay son factores concurrentes.

Aspectos Biológicos.

Veamos primeramente qué efectos causa el alcohol en el organismo y nos encontraremos con que éste es ingerido siempre oralmente, a diferencia de algunas otras drogas. Por ello debiéramos pensar que el alcohol sea un tanto cuanto transformado por la saliva y los líquidos gastrointestinales como la mayor parte de los alimentos que, cuando descienden por el esófago hacia el estómago ya están siendo transformados químicamente hasta ser asimilados por el organismo cuando alcanzan el intestino delgado. Pero el alcohol es más rápido y no está sujeto a este proceso. Según Chafetz y Morris(1), la saliva tiene efectos insignificantes sobre el alcohol, e inclusive los del estómago carecen de importancia. El alcohol es una de las rarísimas sustancias de excepción que pasan directamente del estómago al torrente sanguíneo circulatorio sin ser transformados radicalmente.

Por otro lado, la tasa de absorción de alcohol por la sangre variará de acuerdo con el tipo de bebida alcohólica y asimismo, con el estado del propio organismo.

Cuando existe presencia de alimentos en el estómago, especialmente grasas, la absorción del alcohol y su envío al torrente sanguíneo se retarda. El alcohol que se ingiere junto con bebidas carbonatadas es absorbido más rápidamente.

El etanol se diluye en proporciones que van de acuerdo con el contenido de agua en el organismo humano en los momentos de la ingestión. Influye mucho la cantidad de agua que exista en el cerebro, en el corazón, en los pulmones, en el estómago, en el hígado y la proporción de agua y de sangre que se encuentre en los tejidos celulares en su conjunto, incluyendo a los musculares.

La concentración de etanol en la sangre será probablemente menor en tanto exista mayor resistencia orgánica a que sea inmediatamente concentrado en el torrente sanguíneo. Es decir, la concentración alcohólica depende de la propia adaptabilidad del organismo a su ingestión. No existen en ese sentido dos organismos humanos exactamente iguales, consideración que debe tomarse en cuenta para efectos de cada caso. Hay que considerar a la bebida alcohólica tanto como a la persona que la bebe, individualmente y en interdependencia. El estado emocional, la salud física, el equilibrio mental, edad, sexo, y hasta la condición económico-social, deben ser sopesados y meditados. Por tanto, la absorción y distribución del alcohol son conceptos relativos, no en cuanto a causas sino en tanto efectos, y a su vez éstos son dependientes del tipo de metabolismo del organismo que lo ingiera.

El metabolismo es decisivo porque determina el grado de oxigenación del etanol en la sangre, y sus efectos en el cerebro y en otros órganos mayores. También influyen el ritmo y grado de secreción y excreción, porque si el etanol permaneciera puro en el organismo humano, liquidaría sin remedio a todos los te-

-cidos celulares que son vitales. El etanol, de ser absorbido en un grado mayor del 40% de pureza, liquida fulminantemente a quien lo bebe. Por tanto, no puede permanecer en el organismo sino un cierto tiempo, justo aquel para diluirle, absorberle o excretarle y desecharle.

Una vez que el etanol es aceptado en el organismo, éste comienza a disponer metabólicamente de él. Una porción insignificante del alcohol etílico es exhalado a través de los pulmones. Una ligerísima cantidad es excretada mediante el sudor. Luego una cantidad menor se secreta a través de los riñones, o puede en algunos casos, ser retenida en la vejiga, hasta que es eliminada por la orina. Entre el 2 y 10 % del alcohol ingerido es eliminado por estos medios. El resto, el 90% o más, pasa a todo el complejo metabólico del organismo que lo ingiere.

Una vez retenido el cúmulo principal del alcohol, éste debe ser dispuesto para su absorción, distribución y dilución por el hígado. Los otros órganos de funciones diferentes o digestivas solamente actúan, en relación al hígado, en una mínima parte. Así, una vez que el alcohol es retenido y pasa al hígado, éste lo transfiere paulatinamente al torrente circulatorio. En este proceso interviene el llamado deshidrogenizador alcohólico, el ADH, que es una enzima del hígado que se basa en un contenido del zinc, que es secretado por las células del hígado cuando el alcohol se filtra paulatinamente allí. El resultado es que las moléculas del alcohol se convierten fisicoquímicamente en acetilaldehídos, sustancia sumamente tóxica y dañina, que a su vez es 'digerida' por otra nueva enzima del hígado; un conalaldehído deshidrogenizante, que hace que el acetilaldehído se convierta en un acetato, antes de pasar al torrente de la sangre, en donde vuelve a rediluirse por oxidación de los dióxidos carbonatados del agua de la sangre. Esto, claro está, en circunstancias ordinarias y normales de un organismo humano no lesionado y sano.

Durante el proceso anterior se emplea energía en una proporción de 7.1 calorías por gramo de alcohol, o sea 200 calorías por onza de alcohol ingerido. El alcohol altera el metabolismo de la persona que lo bebe mediante dos reaccio-

-nas enzimáticas; aquella del ADH y aquella del conalaldehído deshidrogenizante. Ambas requieren en su proceso de una sustancia colateral sumamente importante y decisiva; el NAD, o sea el dinucleoide nicotinamínizante, que es esencial y llanamente es un contribuyente de nitrógeno y un absorbente de hidrógeno-del propio etanol-, y el cual es provisto por el hígado mismo. El NAD en el decurso de su acción es intercambiado y transformado en su carga de nitrógeno a hidrógeno, es decir de NAD a NADH, que como sustancia requiere de cuantiosas operaciones de nuevas enzimas para su dilución y posterior oxigenación y oxidación en el torrente circulatorio. La contribución del NAD es tan singularmente valiosa, que sin su presencia no sería posible en modo alguno que las enzimas del hígado pudiesen deshidrogenizar al etanol. Si la presencia del ADH hace posible que el etanol comience a ser deshidrogenizado, la presencia del NAD permite que el proceso deshidrogenizante se efectúe plenamente. Para que el ADH en colaboración con el NAD puedan garantizar la paulatina absorción del etanol ingerido, se requiere de una hora por onza de alcohol. De otra forma sobrevendría de inmediato o bien la secreción y excretación total del alcohol, o bien su ingestión fulminante provocando lo que podría denominarse el primer estado o fase de la embriaguez; vértigo, mareo, euforia, pero al mismo tiempo una considerable debilitación de las resistencias normales del organismo humano. Se puede decir que en tanto el hígado surta normalmente de las enzimas necesarias, principalmente el ADH y el NAD, una persona puede beber de 6 a 12 horas una onza de alcohol por hora.

El ritmo de la ingestión determina el grado de intoxicación alcohólica. Si se bebe más de prisa que la secreción hepática de las enzimas necesarias mencionadas antes, entonces sobrevienen los primeros efectos de la borrachera, de la embriaguez, de la intoxicación. El etanol debe ser metabolizado más rápido que su ingestión sucesiva. El organismo del bebedor trabaja metabólicamente a un ritmo frenético. Ello depende en mucho de los hábitos previos de alcoholización de la persona bebedora. Si se trata de una persona habituada al etanol, aunque no llegue

a ser considerado como un o una alcohólica, las enzimas hepáticas se segregan mucho más lentamente, y la ingestión del etanol es por tanto, mucho más dañina. El hombre normal y en buenas condiciones de salud, que sin embargo ingiere 4 onzas de alcohol en una hora, tendrá siempre un remanente de una onza y media en su organismo, y por tanto una tasa permanente de .07 de alcoholización. Si ingiere ocho onzas en dos horas, su tasa subirá al doble, a cerca de .13 de alcoholización. Ello significa, de acuerdo con datos proporcionados por René Cruz(2), que la ingestión acumulativa de etanol en el organismo, de ser más rápida que el ritmo usual de metabolización, conducirá a grados cada vez más elevados de intoxicación alcohólica.

De acuerdo con la misma fuente no hay conclusiones claras sobre la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, aunque una moderada bebida puede producir una variedad amplia de disturbios bioquímicos; las glándulas de adrenalina pueden descargar inmediatamente cantidades excedentes de hormonas; el azúcar de la sangre puede ser radicalmente almacenada en solamente un órgano, casi exclusivamente el hígado. El balance electrolítico puede desequilibrarse y producir tensiones e hipertensiones; el metabolismo de las glándulas mayores puede venirse abajo actuando extrañamente; el hígado funciona a un ritmo vertiginoso, insual y fatigante, etc., el organismo vuelve a su funcionamiento normal una vez pasada la intoxicación. Pero una intoxicación severa produce disturbios sumamente serios y de consideración, ocasiona el desequilibrio de toda la "fábrica química" del organismo humano en forma extensiva y a largo plazo. Puede producir también lesiones severas al hígado, como por ejemplo un agudo índice de hepatización y numerosos efectos colaterales de la "cruda"; náuseas, dolores de cabeza, gastritis, intensificación de la sed, carencia de agua en los espacios intercelulares, y en general, un resentimiento físico y mental, llegando a producirse una completa incompetencia psicológica que puede llegar a durar hasta 48 horas antes de ser totalmente remetabolizada.

Los efectos del etanol sobre el cerebro son bifásicos; de una parte, en can-

-tidades escasamente concentradas puede funcionar como excitante y estimulante de algunas funciones psicosomáticas. Pero, en la medida la cual la concentración etílica aumenta, el efecto es constantemente más depresivo, llegando a causar estupor y coma.

Hasta aquí se ha reseñado los aspectos biológicos, fisiológicos y bioquímicos que están presentes en el problema del alcoholismo como concomitantes o productos de él. Ahora se enunciarán algunas posturas sobre la causalidad biológica del alcoholismo.

Williams(3), en 1947 postuló una teoría en el sentido de que el alcoholismo es una enfermedad genotrópica, o sea una condición patológica del metabolismo.

El individuo alcohólico, según este punto de vista, se encuentra afectado mucho antes de haber empezado a beber. Williams sostiene la existencia de una personalidad "pre-alcohólica metabólica congénita" que predispone al sujeto hacia el alcohol. La teoría genotrópica se resume brevemente de la siguiente forma.

- a) la presencia de uno o más bloques genéticos parciales.
- b) tiende a disminuir la producción de una o más enzimas parciales, lo que resulta en una deficiencia de la habilidad para utilizar uno o más elementos nutritivos.
- c) lo que significa que en el individuo hay una necesidad exagerada por estos elementos.
- d) y que posee, por lo tanto, un patrón metabólico específico que lo predispone al alcoholismo.

Las evidencias en apoyo a esta hipótesis provienen de dos fuentes;

- 1.- Por analogía, experimentos con animales.
- 2.- Tratamientos con suplementos vitamínicos.

De acuerdo con lo anterior, Williams recurre a algunos ejemplos para ilustrar su hipótesis:

- .- La existencia de diferentes grupos sanguíneos confirma la universalidad

bioquímica.

- .- Afirma la existencia de diferencias individuales en la transpiración corporal, que se evidencia por las distinciones de que son capaces de hacer los perros de caza.
- .- El alto grado de diferenciación entre los individuos respecto a la cantidad de alcohol que produce intoxicación, también es presentada como una evidencia de las reacciones individuales al alcohol.
- .- Se refiere también a la notable variación entre los individuos en cuanto a la rapidez con que el alcohol desaparece en la sangre.

La conclusión de Williams es que, habiendo demostrado que la "individualidad bioquímica" existe, asume que las deficiencias nutricionales producto de una falla metabólica al utilizar los nutrientes puede provocar el deseo de alcohol en la misma forma que el diabético desea el azúcar.

Por su lado, Siegler, Osmonds y Newell(4) en 1968 proponían el "Nuevo Modelo Médico" que definía el alcoholismo como una enfermedad progresiva y a veces fatal que era posiblemente hereditaria y que ocurría en individuos con una química corporal particular.

En la misma tendencia genética, Goodwin y col(5-9) estudiaron una población danesa de sujetos varones en estudios de adopción controlada tanto de hijos como de hermanos de alcohólicos. Estos estudios indican una carga genética en el alcoholismo severo. Entre los varones descendientes de alcohólicos, separados brevemente de éstos después del nacimiento, Estos autores encontraron que la presencia de alcoholismo en los padres biológicos fue de una mayor importancia predictiva que la presencia de alcoholismo en los padres adoptivos. El descendiente de alcohólicos tuvo un 18% de incidencia contra un 5% de incidencia de alcoholismo severo en el grupo control. También los hijos de alcohólicos tuvieron tres veces la tasa de divorcios del grupo control(6). En 1974, Goodwin y col. compararon hijos de padres alcohólicos adoptados en la infancia con sus hermanos, quienes fueron criados por los padres alcohólicos(7).

Tanto los hijos adoptados como los no adoptados tuvieron altas tasas de alcoholismo; 25 y 17%, respectivamente. La extensión de la exposición a los padres alcohólicos no fue asociado con el alcoholismo.

Cabe mencionar que en estos mismos estudios(7-9), Goodwin y col. señalan datos que no apoyan una conexión genética en el alcoholismo en sujetos femeninos, con la salvedad de las pequeñas muestras utilizadas para sacar una conclusión general.

Las hipótesis de Williams, Siegler y col. y los estudios de Goodwin y col. son compatibles con la concepción de que "... una vez alcohólico, siempre un alcohólico." En personas con tal aflicción, sea hereditaria o adquirida, el primer trago resultaría inevitablemente en un deseo irresistible en más beber y pérdida de control.

Como hemos visto en capítulos anteriores, varios estudios han demostrado que, al menos experimentalmente, los alcohólicos demostraban control sobre su conducta de beber(10-13).

Sin embargo, podemos señalar que el punto de vista de que el alcoholismo es una enfermedad orgánica y hereditario puede ser ventajoso en otro modo; permite que el paciente considere su incapacidad para controlar el alcohol como algo desafortunado más bien que como algo malo. De esta manera se elimina la culpa que es uno de los factores más permisivos que perpetúan el círculo de la bebida. La utilización de lo anterior está presente en gran parte del trabajo de recuperación de Alcohólicos Anónimos.

Hipótesis Alérgica.

Esta hipótesis, al igual que la anterior es fundamental en AA y fue muy popular en los años 30's. Sus autores, Strecker y Chambers se refieren a una "alergia psíquica". Haciendo una extrapolación de lo que sucedía en otras enfermedades se basaron en dos observaciones:

1.- Los individuos variaban en sus reacciones hacia el alcohol.

2.- Los individuos se diferencian en su susceptibilidad hacia alergias comunes, tales como; alimentos, drogas, sueros, etc.

Por su lado, Huggard concluía que hay una verdadera justificación para atribuir la condición de los alcohólicos a una verdadera reacción alérgica por las siguientes razones:

A.- Los alcohólicos no muestran ninguno de los clásicos síntomas de reacciones alérgicas, como las que se observan hacia otras sustancias.

B.- Hasta donde se sabe, el uso de otros alérgenos no crean un anhelo por sí mismos.

C.- La excitación de la así llamada reacción alérgica al alcohol requiere--comparada con otras sustancias--, de una gran cantidad para crearla(14).

Así, los AA consideran que la persona no se vuelve alcohólica, se nace alcohólico. Atribuyen el alcoholismo a una predisposición que precede a la "alergia". Así como hay personas a las que ciertos alimentos, ciertas medicinas e incluso ciertos olores, les provocan graves trastornos, lo mismo sucede con la intolerancia, "la alergia" al alcohol.

Definitivamente la idea de alergia y, en consecuencia, de que el alcoholismo es innato, sirve solamente en AA para que sus miembros "abandonen" su voluntad a la terapia grupal del grupo de AA. Es evidente, e incluso ellos mismos lo repiten y afirman a cada instante, que su recuperación ha sido producto del grupo y no de su esfuerzo individual, pese a ello, se remiten a cada instante a argumentos como el de la alergia hacia el alcoholismo y a la existencia de un ser supremo como el determinante principal de su recuperación.

Curiosa contradicción: Se esfuerzan primero en una recuperación en la que todo el grupo participa sirviendo de modelo y reforzador de conductas, actitudes, pensamientos, etc., de recuperación del individuo alcohólico, y luego afirman que dicho individuo va en recuperación, recurren a argumentos de divinidad para explicar dicha recuperación.

Aspectos Psicológicos.

Ya en el capítulo I se ha hablado sobre diversas aproximaciones y explicaciones-- sobre todo psicológicas y sociales-- del fenómeno del alcoholismo, así que ahora se referirán básicamente los aspectos psicológicos presentes en el alcoholismo. No obstante, habrá que señalar que hay diversos investigadores que sostienen la idea de que, tanto el alcoholismo como diversos trastornos psicosociales se desarrollan concomitantemente.

Este es el caso del trastorno llamado "oralidad dependiente". Vaillant⁽¹⁵⁾ realizó un estudio prospectivo de salud mental y uso del alcohol de 184 hombres. Los datos fueron compilados por él de estos sujetos desde la edad en que cursaban bachillerato. Cuando estos sujetos tenían 50 años de edad fueron evaluados por un evaluador ignorante de todos los otros datos; clasificó a los sujetos de acuerdo a su abuso de alcohol en poco (N=48), beber social (N=110), o abuso (N=26).

Esta muestra fue seleccionada por el mismo autor por la salud física y psicológica cuando ellos eran estudiantes en una Universidad de artes libres del noreste de E.U. entre 1940 y 1942(16,17). En el bachillerato estos hombres fueron estudiados cercanamente por un equipo de psiquiatras, fisiólogos, antropólogos y psicólogos. Desde las edades de 22 a 55 años fueron seguidos prospectivamente por medio de cuestionarios bianuales de salud, y han seguido siendo estudiados prospectivamente por medio de cuestionarios bianuales de salud, trabajo y estilo de vida.

La mayoría de los hombres fueron re-entrevistados a la edad de 30, y una muestra azarosa de la mitad de los sujetos fue re-entrevistada a la edad de 47 (más o menos 2 años). Además todos los bebedores problema identificados independientemente, han sido entrevistados personalmente. Se les aplicó la prueba proyectiva del TAT a 50 de los hombres a la edad de 30 años.

A través de los años muchas evaluaciones independientes les fueron hechas por observadores ignorantes de todos los datos después del colegio. Las evalua-

-ciones fueron sobre el medio infantil, la salud psicológica en el colegio, ajuste adulto, necesidad de poder y maduración de defensas y uso del alcohol. El autor además evaluó a los hombres entre 1967 y 1974 en otras cinco variables; personalidad oral con el uso de viñetas "orales", utilizando los intentos de Lazare y col. (17) describiendo las características de dicha personalidad; pesimismo, pasividad, auto-duda, temores del sexo, sugestibilidad y dependencia; también evaluó en las variables de uso de drogas preescritas, uso del cigarro, uso durante la vida de drogas que alteran el edo. de ánimo e historia familiar del alcoholismo.

Los resultados de este estudio indican que la infancia feliz guió en la vida adulta a enfermedad mental, falta de amigos y baja auto-estima (15) pero no al alcoholismo. De aquí que el autor afirma que en poblaciones relativamente saludables, el abuso del alcohol puede ser más análogo a cualquier hábito terco (por ej; fumar o comerse las uñas, presentes en casi la mitad de la muestra) que a enfermedad mental y puede desarrollarse independientemente de vulnerabilidad psiquiátrica preexistente.

Esta interpretación no sugiere que todos los individuos están en igual riesgo de desarrollar alcoholismo. La etnicidad, la cultura, la herencia, la disponibilidad de alcohol barato y de alto contenido, la ocupación, los trastornos psicosociales, juegan todos un papel en el desarrollo del alcoholismo.

En esta muestra, 11 de los 26 bebedores problema exhibieron psicopatología significativa independiente de su uso del alcohol, 5 de estos 11 hombres presentaban un trastorno unipolar o bipolar afectivo. Sin embargo, la psicopatología significativa fue también identificada en un cuarto de los hombres no-alcohólicos en el estudio.

La conclusión del autor es la de no negar la importancia de la psicopatología en la génesis del alcoholismo, pero enfatiza en vez de ello la importancia del abuso del alcohol en la génesis de la psicopatología.

Otra conclusión que se puede hacer de la muestra estudiada es que el alco-

-hólico promedio no bebe cuando adulto debido a que su infancia fue infeliz y él no fue usualmente ansioso. Más bien él fue infeliz y ansioso en su vida adulta como resultado de su pasado de abuso de alcohol.

Otro estudio interesante que nos habla tanto de psicopatología concomitante con el alcoholismo, como de una psicopatología anterior al problema del alcoholismo, pero que no puede precisar si el alcoholismo es el resultado de una psicopatología precedente es el de Kenneth L. Bean y George Karasievich(18) en el que estudiaron y trataron de alcoholismo a 207 hombres alcohólicos con psicoterapia de grupo, encuentros de ejercicio, análisis transaccional e instrucción sobre modificación conductual.

Además de aplicarles el MMPI, también se les aplicó la Escala Wechsler de Memoria, el Bender y otra prueba proyectiva para evaluar aspectos cualitativos y descriptivos del funcionamiento psicodinámico.

Se puede observar que, en lo general, los sujetos mejoraron ligeramente (aunque no significativamente) en el sentido de la disminución de la psicopatología como consecuencia del tratamiento, que incluyó desintoxicación.

Así concluyen que la depresión y ansiedad cesaron o bajaron debido a que los efectos tóxicos disminuyeron y las presiones medioambientales fueron reducidas, debidas tal vez, al internamiento que impedía recriminaciones y tensiones con familiares por el beber.

De esta manera, se afirma que la tendencia para los grupos psicóticos y esquizofrénicos a tener resultados ligeramente favorables, si bien no estadísticamente significantes, sugiere que el alcoholismo era solo incidental o secundario a sus psicopatologías subyacentes. En contraste, el alcoholismo de los grupos neuróticos y psicóticos pudo ser visto como una parte más profundamente imbuida de los desórdenes de sus personalidades y de este modo, menos probable de disminuir.

James R. Morrison y col.(19) observaron en 297 pacientes admitidos a un Depto. de atención urgente psiquiátrica que el porcentaje de pacientes maniaco-

-depresivos diagnosticados también como alcohólicos, no fueron significativamente en la tasa de alcoholismo para la totalidad del servicio psiquiátrico.

La manía se definió como una fuerte euforia o irritabilidad de al menos dos semanas de duración asociada con al menos tres de los siguientes desórdenes: hiperactividad, habla acelerada, fuga de ideas, grandiosidad, sueño decrementado y distractibilidad(20).

Se observa que factores demográficos, síntomas físicos y psicológicos y el curso de la enfermedad afectiva no distinguió a los pacientes alcohólicos de los no-alcohólicos. Los datos no apoyan una relación causal entre las dos enfermedades(manía-depresión y alcoholismo), más bien ambas pueden ser consideradas como "primarias" en los pacientes.

Un aspecto interesante lo es el hecho de que el enmascaramiento de los síntomas afectivos por el mismo problema del alcoholismo, observado por estos autores y otros(21), puede jugar un papel importante en la indeterminación de la causalidad de un fenómeno al otro. Aunque todos los datos de éstos y otros autores revisados en el Capítulo I nos llevan a la concepción de que la mayoría de los trastornos psicosociales y orgánicos del alcohólico se desarrollan concomitantemente con su problema.

El punto de vista psiquiátrico lo ilustra Kolb y Noyes(22) en el sentido de que la adicción al alcohol es sintomática de un trastorno de la personalidad. Argumentan que a pesar de que muchos alcohólicos creen que si dejaran de beber serían individuos normales, en realidad rara vez se encuentra en ellos, aún durante los períodos de sobriedad una personalidad psicológicamente bien adaptada, que estuviera oculta bajo las expresiones de intoxicación crónica con el alcohol.

En cuanto a otros trastornos psicológicos presentes en el alcoholismo, podemos citar a :

Ansiedad: Joseph Wolpe(23) define a la ansiedad como "... aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos. Estímulo nocivo es todo aquel que provoca cambios en los tejidos de los organismos que los llevan a

respuestas de evitación. Cuando la estimulación nociva evoca una respuesta de ansiedad, lo hace a través de canales nerviosos formados durante el curso normal del desarrollo biológico del organismo. En este caso se habla de ansiedad incondicionada (no aprendida). Este tipo de ansiedad puede ser producido también por otras condiciones de estímulo no tan claramente nocivas, por ejemplo, una repentina y potente estimulación auditiva, una caída, una situación de estímulo ambivalente. La introspección parece indicar que sus efectos autonómicos son muy similares a los de la estimulación nociva." En el caso de la situación de estímulo ambivalente, Fonberg(24), ha proporcionado una importante confirmación experimental.

Wolpe iguala la palabra de ansiedad como sinónimo de "miedo". Según él, no hay ninguna razón para pensar que existan diferencias fisiológicas entre el miedo despertado por un estímulo ligado a una amenaza objetiva, por ej; una serpiente de cascabel, y el miedo patológico provocado por un gatito. Así, la ansiedad es la clave de todas las neurosis, aunque no tome parte del complejo sintomático en algunos casos de histeria.

Por otro lado, un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo si resulta que está actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo. Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores, condicionarse a otros estímulos.

Noyes y Kolb equiparan la ansiedad a la angustia, pero diferencian esta última del miedo, aclarando que ambas tienen mucho en común, ya que ambas representan señales de peligro. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo real y actual, y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el individuo la conquista o escapa de ella. El peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo.

La angustia, por el contrario es la señal de una amenaza inminente a la per-

-sonalidad en el contexto de su ambiente social. " La angustia se considera, en general, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables que surgen de pronto en la conciencia o en la forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción." En el mismo sentido, pero con una definición operacional de la angustia, Sullivan la describe como "... un estado de tensión que existe cuando uno percibe una opinión desfavorable proveniente de una persona importante. El que sufre la angustia, a lo más, sólo se da cuenta del conflicto en forma vaga; pero sí es capaz de percibir el estado de aprensión intensa."

Kenneth B. y George Karasievich(18) encontraron en su estudio que la depresión y ansiedad de un grupo de neuróticos alcohólicos bajaron a medida que los efectos tóxicos disminuyeron como consecuencia del tratamiento antialcohólico administrado, al mismo tiempo que presiones medioambientales fueron reducidas. Sin embargo, la revisión de la aplicación de las pruebas psicológicas aplicadas 60 días después del tratamiento revelaron que la ansiedad vino a ser algo más elevada de nuevo.

Schuckit y Winokur(25) en su estudio de 1972, estudiaron y trataron a 103 mujeres alcohólicas admitidas consecutivamente a dos hospitales psiquiátricos.

En el diagnóstico de admisión, se encontró un índice de ansiedad de un 40% independientemente de su etiquetación psiquiátrica. En este caso, la ansiedad fue definida por los criterios de Wheeler y col.(26).

Otro de los desórdenes presentes en el alcoholismo son los sentimientos de culpa. Al respecto, Noyes y Kolbinos señalan que aparecen de diversas formas. Un deseo reprimido, por ejemplo, puede satisfacerse a veces por accidente; es éste el caso de la muerte de uno de los padres cuya existencia prolongada había impedido el cumplimiento de un deseo intenso. En tal caso la depresión puede resultar debido al sentimiento de culpa que aparece como consecuencia de la satisfacción del deseo conscientemente repudiado.

Así en general, los sentimientos de culpa que originan depresión surgen no tanto de lo que el individuo ha hecho sino más bien de lo que el individuo inconscientemente deseaba hacer.

Como se apuntó anteriormente, la culpa es uno de los factores más permisivos que perpetúan el círculo de la bebida (Gottheil et.al. 1972). El alcohólico bebe y siente culpa, así que él vuelve a beber y se siente culpable. Cuando se tiene presente y se participa de la idea de que el alcoholismo es una enfermedad orgánica, ello quita algo de culpa y permite al individuo quien está intentando la abstinencia, para impedir que siga reprochándose a sí mismo y extenderse en la conducta pasada y asumir su debilidad ante el alcohol.

Hemos visto los trastornos que causa la ingestión incrementada del alcohol en el individuo, si bien es necesario precisar que los efectos de éste varían por el ritmo de ingestión, como ya se indicó, pero también varían por el estado del organismo, tanto física como psíquicamente. Físicamente, pues en un estómago vacío la asimilación del alcohol es más rápida que en un estómago que recién ha ingerido alimento, en especial grasas.

El estado psíquico influye también pues se ha visto que el estado de ánimo influye para determinar los efectos en cierta medida en la ingestión de alcohol.

Martorano R.(27) ilustra lo anterior en un tratamiento asertivo de 32 días de duración, en el cual los objetivos eran el verificar los efectos del consumo del alcohol sobre el estado de ánimo y la percepción social en alcohólicos. Dicho estudio se realizó con 4 sujetos voluntarios los cuales llenaron los siguientes criterios: 1) Una historia de bebida caracterizada, durante los 5 años anteriores por numerosos episodios de un fuerte beber prolongado; 2) Una historia de síntomas de retirada del alcohol; 3) Ausencia específica de enfermedad neurológica (incluyendo accesos), psicótica, renal, pulmonar, cardíaca, gastrointestinal o genitourinaria, y desórdenes metabólicos; 4) Ninguna ingestión de alcohol por

aproximadamente dos semanas previas a la admisión a la clínica de custodia; 5) Ninguna necesidad de tratamiento médico corriente; 6) Ninguna historia de adicción a las drogas excluyendo el alcoholismo; 7) Ausencia de deseo expresado de dejar de beber; 8) Ninguna historia de violencia física mientras bebían.

De acuerdo con sus propias declaraciones, ellos percibían algunas ganancias en el estado de ánimo y la percepción social como una función del uso del alcohol. Ellos se sentían a sí mismos como más vigorosos y amistosos cuando ellos estaban bebiendo.

Martorano parte un poco del supuesto de que el beber ni reduce la tensión ni proporciona sentimientos subjetivos placenteros(28 y 29).

Las evaluaciones clínicas del personal que observaba a dichos sujetos confirmó en este estudio que el uso del alcohol no producía sentimientos de placer o atracción social. El equipo psicológico y psiquiátrico juzgó a los hombres como más tensos, enojados, depresivos, fatigados, confusos y menos amistosos, vigorosos y activos mientras estaban bebiendo. Estos resultados confirman aquellos encontrados por otros investigadores(30-35).

Esto nos da una visión de la contradicción tan tremenda en la que caen los alcohólicos esperando ciertos efectos del alcohol en ellos, y encontrándose que, a medida que beben, los resultados son muy diferentes. Suponemos que el alcohólico se da cuenta de dicha contradicción pero no sabe comportarse de un modo diferente, o más bien no ha aprendido a comportarse de otra manera. Por lo tanto, sigue comportándose tan contradictoriamente como lo hace bajo el influjo del alcohol, ya que, además de la presencia de una dependencia psíquica, consistente en el esperar determinados resultados del beber, está presente una dependencia física real, manifestada en los períodos más avanzados por el síndrome de abstinencia. Pero veamos con detenimiento lo que pasa en el sujeto al rebasar los niveles del alcohol ciertos límites, lo que a través del tiempo, y aunado a otros factores ambientales y fisiológicos, provocará además, trastornos psiquiátricos de importancia.

De acuerdo con René Cruz(2) una persona alcoholizada más allá del mínimo

.08% de concentración etilica en la sangre, sufre indefectiblemente el síndrome de desnutrición, de marasmo, de pérdida del apetito, de sed, de lesiones en oído, vista, olfato, de excesos de sudor, de insomnios, de afectaciones y disturbios psiconeuróticos, de cambios radicales en la constitución fisicoquímica usual del metabolismo orgánica, etc. Y de afectarse el equilibrio electrolítico del balance nervioso del organismo humano, en cualquier nivel más allá del mínimo del .08% de concentración de etanol por litro de sangre, sobreviene el llamado delirium tremens, o sea el temblor semi-epiléptico de todo el organismo, las alucinaciones y los delirios, las fiebres y las afectaciones graves psiconeuróticas: todo el organismo humano se resiente y el cerebro se lentifica en sus funciones normales.

Noyes y Kolb nos dicen que el delirium tremens es una psicosis aguda que puede desarrollarse en el alcohólico crónico después de un exceso especialmente intenso o prolongado. La interrupción de alcohol en alcohólicos crónicos- situación que se ha asociado con más frecuencia a la aparición de éste trastorno-, también puede provocar anomalías en el electroencefalograma. Pero el trastorno también puede surgir de alteraciones metabólicas como; metabolismo defectuoso de los carbohidratos, disminución en la función desintoxicante del hígado, trastornos en el metabolismo de las proteínas, etc. También de diversas carencias nutricionales, especialmente de la vitamina E, la cual el alcohólico habitualmente ingiere en cantidades insuficientes, o no absorbe.

El delirium tremens es raro en una persona de menos de 30 años de edad o en alguien que haya sido alcohólico crónico durante menos de 3 o 4 años. Habitualmente el cuadro va precedido de aversión a la comida, inquietud, irritabilidad y sueño perturbado, durante el cual aparezcan pesadillas aterradoras. Las ilusiones y alucinaciones, que al principio son ocasionales, se van haciendo más frecuentes, fugaces y aterradoras. Las alucinaciones visuales-que son las más frecuentes-, a menudo tienen el carácter de objetos que parecen estarse moviendo y en especial representan animales repulsivos de formas fantásticas que aterro-

-rizan al sujeto y lo hacen que luche por escaparse de ellas.

En ocasiones, el estado de ánimo es de euforia, diversión, o estar caracterizado por un macabro sentido del humor.

El delirium tremens se diferencia del Coma Hepático fundamentalmente en que éste último es debido más frecuentemente a cirrosis del hígado debida al consumo de alcohol. El individuo que sufre de un coma hepático inminente, más a menudo se presenta semi-obnubilado y letárgico, con disminución en la actividad psicomotora y rara vez tiene alucinaciones visuales en formas vívidas. Tal vez el punto diferencial más característico es el irregular "temblor en aleteo" que aparece cuando el individuo con insuficiencia hepática extiende los brazos; además su habla suele ser lenta, pastosa o monótona, con perseveración y una expresión facial semejante a una máscara. Tanto el tono flexor de los músculos como los reflejos tendinosos están aumentados.

Los sujetos con coma hepático inminente pasan al estupor habitualmente con pocos signos de angustia o miedo; es más probable que exhiban hipersomnia, y no el insomnio de los sujetos con delirium tremens.

La psicosis de Korsakoff puede parecer un caso ordinario de delirium tremens (excepto por la ausencia del habitual sueño crítico), pero presenta remisión de las alucinaciones y del delirio agudo, solo que el conjunto de síntomas se funde con un cuadro caracterizado por amnesia, desorientación respecto al tiempo y al lugar, y falsificación de la memoria, asociados a síntomas y signos de neuropatía periférica. Otras veces este síndrome se desarrolla en el alcohólico crónico que no ha sufrido previamente delirium tremens, pero que ha abusado de la ingestión de alcohol durante varios años. De hecho, la psicosis de Korsakoff no es una psicosis alcohólica, ya que resulta de la deficiencia de vitamina E, a la cual el alcohólico está especialmente propenso debido a su absorción intestinal alterada, su dieta limitada principalmente a alcohol, sin vitaminas, y su elevado requerimiento vitamínico, resultante del gran efecto

calórico del alcohol.

La Alucinosis Alcohólica se presenta durante períodos de ingestión inmoderada de alcohol, pero se le tiende a considerar como una reacción psicógena liberada por el exceso alcohólico y no como una expresión puramente tóxica. Al parecer las características clínicas están determinadas por factores de la personalidad, lo cual equivale a decir por las expectativas, estados de ánimo y la percepción social que tenga el sujeto, como vimos anteriormente.

Según Noyes-Kolb, estudios clínicos recientes revelan que se trata de individuos con períodos cíclicos del estado de ánimo o extrovertidos, con antecedentes en su desarrollo y en su familia muy distintos a los del esquizofrénico.

El cuadro aparece cuando ha habido embriaguez prolongada, al poco tiempo de que se suspende el alcohol o se restringe su ingestión; parece entonces probable que éste padecimiento agudo representa un tipo de síndrome de abstinencia alcohólica.

En México, Ramón de la Fuente y col.(36), han calculado la mortalidad por alcoholismo y psicosis alcohólica en 4.5 por 100,000 habitantes.

Por su parte, Griffith Edwards y col(37) en un estudio que hicieron en 4 hospitales psiquiátricos en distintos ámbitos sociogeográficos, trataron 935 sujetos(72.5% de hombres y 27.5% de mujeres). El diagnóstico de psicosis alcohólica, abarcando todas las categorías enunciadas anteriormente, fue encontrado en un 18% de la muestra. Estos pacientes fueron admitidos por su petición para tratamiento por alcoholismo. En estos estudios hay algo de contradicción con las posiciones de Noyes- Kolb, ya que la psicopatía se encontró con similar porcentaje tanto en el grupo de sujetos jóvenes(de ambos sexos) como de edades mayores de 30 años.

Aspectos Sociales.

De hecho, los aspectos psicológicos y sociales en particular, están muy relacionados en el fenómeno del alcoholismo, por lo tanto, más que presentar aspectos sociales puros, éstos se encuentran muy entremezclados con los psico-

-lógicos en todo el curso del fenómeno alcohólico, tanto desde antes de su es-
-tablecimiento, como durante el desarrollo y desenlace de éste, sea que el suje-
-to se rehabilite, o sea que el sujeto siga presentando su problema hasta concluir
con una complicación orgánica y/o psicopatológica, o la muerte.

El fenómeno del alcoholismo es muy peculiar en cuanto a los aspectos sociales
se refiere, ya que por un lado la sociedad estimula, y refuerza y hace pensar y
sentir que el tomar es una cuestión de prestigio, de madurez, y también el beber
se asocia con situaciones sociales de amistad, de convivencia, celebración, pro-
-tocolo, etc. A pesar de la información sobre los efectos negativos del alcohol
y su exceso, las sensaciones y situaciones asociadas a la ingesta de alcohol son
más atractivas para mucha personas que sus efectos negativos.

El alcoholismo es considerado como una droga, pero aunque sus efectos son
muy parecidos a los de algunas otras drogas, su connotación social es muy dife-
-rente al de otras como lo acabamos de describir. Por lo tanto, las sociopatías
presentes en el sujeto alcohólico son un poco difíciles de detectar ya que se
confunden con el fenómeno mismo del alcoholismo, siendo indudablemente parte
de él. La causalidad de alguna sociopatía al alcoholismo no está aún suficiente-
-mente clara, y la tendencia de algunos investigadores es la de considerar que
la mayoría de las sociopatías se desarrollan concomitantemente con el alcoholis-
-mo. El afirmar que el alcoholismo causa la aparición de éstos trastornos es
sólo una parte de la verdad, ya que, siendo el alcoholismo un fenómeno tan com-
-plejo, se puede observar que en una persona con ese problema, va a incidir en
su medio ambiente de una forma característica. Una forma de incidir es el causar
preocupaciones en la familia por la ausencia del familiar alcohólico, ésto
puede causar en el sujeto alcohólico, sentimientos de culpa o rechazo no solo a
la familia, sino a la sociedad en general, o podrá manifestar otras altera-
-ciones sociopatas, que a su vez, provocarán un renovado beber si se plantea
que el sujeto alcohólico no ha aprendido a resolver dichos conflictos tanto con
la familia como consigo mismo y la sociedad. Se puede hablar así, no tanto de una

situación circular, en la que la bebida le ocasiona problemas diversos al alcoholico y la incompetencia de él para resolverlos le haga volver a beber para refugiarse en la bebida o encontrar en ella solución, olvido, paliativo, etc. Más bien se puede hablar de un proceso en espiral en el que diversos factores, incluyendo el beber mismo, originan, mantienen y en consecuencia pueden determinar la suspensión de dicho fenómeno conflictivo.

Los factores socio-culturales están igualmente en estudio para tratar de encontrar algunas características de esos factores que ayuden a determinar algunas causas del alcoholismo y, en consecuencia, utilizarlos en la prevención y tratamiento.

En este sentido, Rafael Velasco F. (38) cita a D.H.E.W. (1972) que señala que diversas investigaciones demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b) generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no-alcohólicos.
- c) las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente en las comidas.
- d) los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e) no se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- f) la abstinencia es una virtud socialmente aceptable.
- g) en cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h) finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que pueden llamarse " las reglas del juego en el beber."

Algunas de estas características han sido objeto de investigación como se ha visto en éste y capítulos anteriores. El hecho de no dar a la bebida ningún

valor subjetivo es muy importante como se ha visto líneas atrás, ya que el sujeto espera encontrar algunos efectos en la ingesta de alcohol, los cuales se dan hasta cierto punto. Por ejemplo; la euforia y la desinhibición que causa el alcohol en los primeros momentos y hasta cierto nivel ingerido. Más allá de ese nivel el sujeto puede caer en un sopor, agresividad, enojo, depresión e incluso ansiedad.

Por otro lado, Jellinek(39) sugiere que los alcohólicos en algunos ambientes exhiben un más alto grado de vulnerabilidad psicológica que en otros. El postula que los bebedores fuertes en culturas en las cuales se solapa un alto consumo "social" de bebidas alcohólicas están menos dañados psicológicamente que bebedores fuertes en culturas con tradición de temperancia.

Es notoria la similitud en esta posición de Jellinek con la de D.H.E.W. en los incisos a, b y d, aunque en éstos no se especifica si los padres inculcan propositivamente la temperancia o no. Jellinek reafirma que los factores psicológicas son importantes en la etiología del alcoholismo en sociedades que enfatizan la abstinencia. Los alcohólicos con personalidades "enfermas" se esperarían experimentar un peor ajuste social también. Si esto fuera verdadero, habría más sintomatología "sociopática" entre los alcohólicos de culturas "secas" que entre aquellas permisivas. Negrete(40) ilustra lo anterior al ejemplificar que la situación en Francia y los E.U. parece confirmar esta hipótesis dado que en el último se halla un más alto porcentaje de no bebedores en su población que en el primero.

Se encuentra más evidencia empírica en apoyo a esta suposición en el estudio de Skolnick(41) sobre complicaciones sociales experimentadas por estudiantes de bachillerato debido a la bebida; los estudiantes de religiones abstinentes reportaron más problemas que sus contrapartes de afiliaciones más tolerantes.

Mulford(42) en 1963 y Cahalan y col.(43) en sus investigaciones en E.U. encontraron que las actitudes religiosas influyen la conducta de beber; los grupos que predicán la abstinencia, tales como los metodistas, baptistas y otras

pequeñas denominaciones protestantes, tuvieron un mayor porcentaje de no-bebedores que los judíos, católicos y luteranos. Pero considerando sólo a bebedores, el porcentaje de bebedores "problema" entre los grupos abstinentes fue tanto o más alto que entre los otros grupos.

Así, Negrete(40) realizó un estudio para determinar si el ajuste social de los alcohólicos está influenciado por su identidad cultural, partiendo de las siguientes hipótesis: a) la identidad cultural del alcohólico afecta su desempeño social a pesar del grado de dependencia fisiológica o la extensión del disturbio de la personalidad que ellos sufren; b) las actitudes culturales hacia el papel que desempeña, afecta en general la conducta social del alcohólico tanto como las actitudes hacia el alcohol y la bebida.

El estudio lo realizó en un hospital con atención a alcohólicos en Montreal, Canadá, con una población de 91 hombres, clasificándolos por su etnicidad y religión; 34 Anglo-Protestantes, 28 Anglo-Católicos descendientes de británicos o irlandeses, y 29 Franco-Católicos.

A pesar de su identidad cultural, la mayoría de los alcohólicos perdían su empleo regular en un punto de su historia. Sin embargo, también se mostró que los Anglo-Protestantes llegaron a ser ociosos en una edad más temprana. A Negrete le parece lógico asumir que éste factor puede afectar la estabilidad de su matrimonio. De los 23 divorciados o separados Anglo-Protestantes, 18 estaban desempleados en el momento de su rompimiento matrimonial, comparados con 6 de los 14 Franco-Católicos(p .02).

Hay que mencionar que un alcohólico desempleado puede difícilmente llevar a cabo su papel como proveedor para su familia. Por lo tanto, la intensidad de las expectativas culturales acerca de éstos aspectos del desempeño social masculino es probable que afecte las relaciones entre un alcohólico y su medio ambiente.

Comparando los resultados y sus implicaciones de éste estudio con otro similar realizado por el mismo Negrete(41), los Anglo-Protestantes fueron menos

tolerantes de la incompetencia en el trabajo que lo fueron los Católicos franceses. Murphy y Lemieux(42) encontraron diferencias en la manera como los canadienses ingleses y franceses reaccionan hacia la incapacidad, los primeros estuvieron más inclinados a proteger y a asignarles a los sujetos que se muestran incompetentes, un papel pasivo mientras los últimos daban importancia a la rehabilitación y al auto-apoyo.

Estas diferencias pueden pesar sobre el tipo de reacción que el alcohólico desempleado, incapaz y dependiente evoca en su medio ambiente circundante. Por ejemplo, en el seguimiento del estudio de Negrete de 1974(40) durante 6 meses, la mayoría de los católicos franceses estuvieron viviendo en una íntima relación con la gente, mientras que los Anglo-Protestantes vivían entre ellos mismos pero en direcciones fijas, y los Anglo-Católicos siguieron patrones nómadas e inestables.

Se puede inferir con estos resultados que, efectivamente el instigar y propugnar actitudes y conductas de auto-control y auto-apoyo, puede coadyuvar a una mayor integración social. Claro está que se puede pensar en diversos factores que determinan también la integración social, pero se puede sostener la identidad cultural, y sus consecuentes tolerancias hacia la incompetencia como un factor importante en dicha integración. Dicho de otro modo, la evidencia mostrada en estos estudios, y en particular el de Negrete parece apoyar la hipótesis de que las manifestaciones "sociales" del alcoholismo son influenciadas por actitudes culturales. Estas actitudes no necesitan solo ser aquellas relacionadas con el beber sino también con las expectativas del grupo acerca del desempeño social en general. Aún más, diferentes grupos de valores culturales pueden alimentar y alentar papeles específicos para los alcohólicos. Así, por lo menos en el escenario de la sociedad canadiense en específico, se observa que los alcohólicos católicos parecen más inclinados a adoptar papeles "incapacitantes" y los protestantes papeles "sociopáticos", dados los reportes policiales sobre ambas muestras.

en la vida adulta. Conversivamente, los resultados indican que las sociedades cuyos miembros beben pero tienden en general a la sobriedad son aquellas en las cuales las necesidades de dependencia en los infantes son satisfechas por mucha gente, las demandas para el logro en la niñez no son angustiantes y los adultos se comportan libremente de una manera independiente.

Las observaciones sobre las implicaciones de éste estudio así como el de cualquier otro giran por un lado, con respecto a generalización y significancia de los resultados, y por otro lado con respecto a las definiciones utilizadas y a las correlaciones establecidas. Hay otra consideración, que es la que se refiere a tomar en cuenta que las variables independientes escogidas aquí, pueden no tener una determinación causal en la medida que se señala aquí en otras sociedades. Este argumento es válido, pero también hay que considerar que esto se aplica por igual al escoger una variable de otras.

En el estudio de Griffith y Edwards citado anteriormente, se clasificó a una muestra de 935 sujetos de cuatro hospitales en 5 categorías de acuerdo a la clase social: Preparación profesional; Clase social I, directiva y técnica; II, con entrenamiento manual; III, semipreparado y manual; IV, y no preparado; V.

En la clase I-II tuvo un porcentaje del 35.7%, la clase III tuvo un 31.2%, y la clase IV-V un 32.0%, habiendo un 1.1% de no conocidos.

Casi la mitad(45.1%) de la muestra total eran desempleados, lo cual está en concordancia con estudios en alcohólicos. De este porcentaje, 60.2% de los hombres de la clase IV-V eran desempleados, en la clase III; 43.2%, y en la clase I-II; 32.1%.

En cuanto a aislamiento social, los hombres muestran una asociación constante de clase social con aislamiento social; la clase I tiene la más baja incidencia de aislamiento y la clase IV-V la más alta.

El autor hace consideraciones respecto a la interpretación de su estudio, entre las cuales se han mencionado ya la generalización. Se refiere también al problema de considerar este tipo de relaciones debido a un tipo de ámbito socio-

-cultural; Inglaterra, y señala que estudios adicionales pueden probar esta cuestión.

Después de señalar ésta y otras precauciones respecto a la muestra y los criterios utilizados, Griffith y Edwards sintetizan lo hallado: Los alcohólicos de la clase social más baja muestran menos evidencia que los alcohólicos más privilegiados de tener características determinadas. Estas características pueden ser consideradas generalmente para establecer estabilidad social. En dicha clase social más baja hay más probable desempleo, son sujetos con un matrimonio más estable y son más probables de estar en categorías de aislamiento social extremo.

De aquí que los autores reflexionen y afirmen que este paquete de características puede ser tomado en cuenta en términos de un número diferente de hipótesis:

- a) aparte de la cuestión de alcoholismo, los miembros de la clase IV-V podían, como resultado de los factores inherentes en el tipo de vida que se les ofrece, incluir un más alto porcentaje de inestabilidad social que el de otras clases.
- b) los miembros socialmente inestables de las clases más bajas podían ser el segmento o la parte de aquellas clases particularmente vulnerables al desarrollo del alcoholismo.
- c) la estabilidad social entre los pacientes de la clase social más baja podían ser más frágiles que los vistos en las clases sociales más altas, y el impacto social del alcoholismo podía ser más destructivo. La inestabilidad es entonces vista como consecuencia más bien que como una causa del alcoholismo.

De hecho, cada una de las tres explicaciones puede mantener alguna parte de la verdad.

En el ámbito mexicano, Medina-Mora realizó una investigación buscando información de la prevalencia de consumo de alcohol en la población de 14 años y más en el D.F.(44). Para detectar el consumo de alcohol, Medina-Mora retoma los índices de Cahalan y col.(45); QFV, o sea, frecuencia, cantidad y variabilidad en

en donde se combinan las variables de frecuencia y cantidad de alcohol consumido por incidente. Las definiciones que resultan de la combinación de estos dos indicadores son:

- 1) **Abstemios:** que incluye a aquellas personas que informaron no haber consumido bebidas alcohólicas en el último año.
- 2) **Bebedores poco frecuentes:** que incluye a aquellas personas que bebieron por lo menos una vez al mes.
- 3) **Bebedores regulares:** incluye a todas aquellas personas que notificaron consumo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes. A su vez, estos bebedores se subdividen en; **consuetudinarios, moderados y leves.** La especificidad de estas subdivisiones se ha enunciado ya en el capítulo correspondiente a las definiciones de alcoholismo.

La muestra total incluyó a 2733 personas seleccionados con un método de muestreo estratificado polietápico.

Entre los resultados se encuentra el de que el consumo regular y consuetudinario es de sólo la mitad de lo indicado por Cahalan en su estudio nacional de la población estadounidense ya que en este estudio mexicano tuvo un porcentaje de 12% a diferencia de un 54% del de Cahalan. De los bebedores consuetudinarios, una proporción alta (1 de 4) de bebedores regulares consumen bajo patrones consuetudinarios. 37% de los bebedores regulares iniciaron el consumo antes de los 18 años y 86% inició el consumo antes de los 25 años. El 45% de abstemios se encuentra en el estrato bajo socioeconómico, sin embargo, la proporción de usuarios consuetudinarios del total de usuarios regulares (34%) es significativamente mayor a lo observado en los otros estratos socioeconómicos.

Otro dato de interés y que se correlaciona con la percepción del grupo social respecto al fenómeno del alcoholismo (a diferencia de algunos estudios estadounidenses y canadienses. Véase el estudio de Negrete) es el que se refiere a lo que los sujetos mencionaron como los problemas que han enfrentado como bebedores

regulares; y es en primer lugar con la familia(16%), en segundo lugar, problemas en el trabajo o la escuela(10%) y por último con la policía(8%). Estos datos nos pueden aproximar a las conclusiones de Negrete o otros en el sentido de que en poblaciones católicas se presenta menos la percepción de los sujetos alcohólicos y su grupo social acerca de considerar los actos del alcohólico como los de un sociópata. En vez de ello se presentan actitudes de indulgencia, protección, dependencia, etc.

Se pueden extraer algunas conclusiones respecto a, por ejemplo la significación de la proporción de abstemios en la clase socioeconómica baja, pero al mismo tiempo, los que son regulares consumidores, tienen más alto porcentaje de bebedores consuetudinarios, evidenciando con ello quizás por un lado, una actitud diferente de la clase social alta en el sentido de considerar la bebida alcohólica con una utilidad de alivio temporal, al menos de alguna problemática específica como la situación de desempleo o la carencia de satisfactores generales. No hay datos específicos en este estudio que confirmen lo anterior, pero se podría inferir que la clase social alta considera a la bebida solo como un elemento incidental en sus reuniones, y no le da ningún valor subjetivo como para beberla en exceso.

Podría pensarse que quizá sus satisfacciones mayores, por su condición socio-económica, les hacen buscar menos un escape o darle un valor subjetivo a la bebida que los de la clase social baja.

Para adentrarse un poco a la influencia del medio familiar del alcohólico, se citan los resultados de Vaillant, citado anteriormente. De su estudio prospectivo concluye entre otras cosas que la infancia feliz guió en la vida adulta a la enfermedad mental, falta de amigos y baja auto-estima pero no al alcoholismo. Agrega que, de acuerdo con estos resultados, se puede inferir que el alcohólico promedio no bebe cuando adulto debido a que su infancia fue infeliz. Más bien, él fue infeliz y ansioso en la vida adulta como resultado de su pasado de abuso del alcohol.

González Campa(46) refiere sus conceptos sobre el fenómeno del alcoholismo

y le da un valor especialmente importante a la familia en la rehabilitación del miembro alcohólico. Este autor reconoce que sus concepciones surgen un poco de su experiencia abundante como Jefe de un Hospital Psiquiátrico en España. Para él no existe el enfermo alcohólico enclavado en el seno de una familia más o menos normal, antes bien, está plenamente convencido de que lo que realmente se percibe a través de la experiencia clínica es la existencia de familias enfermas o profundamente neurotizadas, en el seno de las cuales se da el acontecer existencial de un enfermo alcohólico, y que en muchas circunstancias ésta familia está enferma o neurotizada en función y como consecuencia del alcoholismo de un miembro de la familia, pero que en otras ocasiones es la naturaleza o estructura psicopatológica de la familia la que condiciona la toxicomanía del individuo, lo cual redundará en una mayor desintegración de la misma. "... cerrándose así el círculo vicioso de la familia enferma del enfermo alcohólico."

Por otro lado, refrenda la importancia del apoyo del grupo social que es la familia en la rehabilitación del alcohólico. Importancia que han destacado AA al funcionar como sustituto temporal(o permanente) del grupo familiar en el apoyo de la rehabilitación del alcohólico, además de ser el factor determinante de su recuperación. Lo que suele suceder también es que AA funciona con el apoyo del grupo familiar en los grupos AL-ANON, que son los familiares o allegados íntimos del alcohólico interesados en participar de su recuperación.

Así, González Campa refiere en particular un estudio de tratamiento realizado a fines de 1974 y principios de 1975, en el que los pacientes que seguían bebiendo a pesar del tratamiento(psicoterapia grupal), el 75% de sus familiares no acudían a los grupos de psicoterapia, es decir una alternativa del tratamiento que servía como complemento a su primer tratamiento. Al final de éste, del número total que habían recaído, el 73.6% presentó una falta de colaboración por parte de la familia.

La Teoría de Sistemas Familiares enunciada por Murray y Bowen en 1974 establece

que el alcoholismo es una de las disfunciones humanas más comunes. Como disfunción existe en el contexto de un desbalance en el funcionamiento total de la familia. Desde un punto de vista teórico, cualquier miembro importante de la familia, juega un papel en la disfunción del miembro disfuncional.

Este punto de vista tiene, como los otros enunciados, su parte de verdad. En la experiencia personal de quien esto escribe, se observa que efectivamente, en algún momento de la vida de los sujetos alcohólicos se presentó más de un conflicto con uno o más miembros de su familia. Independientemente de la responsabilidad del alcohólico en tales conflictos, es evidente la importancia de éstos en la vida del sujeto alcohólico, jugando tal vez un papel importante en el inicio, mantenimiento y terminación del fenómeno del alcoholismo en cada sujeto.

LA DEPRESION

Como la depresión se asocia a veces con rasgos o personalidades neuróticas, conviene considerar lo que es en términos generales las neurosis y la depresión misma.

Para Fenichel(1) la depresión en forma leve se presenta en casi todas las neurosis, al menos bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad.

Para él las depresiones neuróticas son intentos desesperados de obligar a un sujeto a conceder los suministros vitalmente necesarios. Esta rigidez de los neuróticos es lo que distingue su conducta en un momento dado, de una conducta normal, la cual se caracterizaría porque el sujeto no intente desesperadamente obtener el objeto deseado.

Con respecto al alcohol, este mismo autor señala que los efectos iniciales de éste se relacionan con períodos maniaco-depresivos, pero este efecto se hace cada vez más irregular y la depresión va tomando su carácter permanente. Añade que si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos, que sólo vuelven con los efectos de la "mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata.

Para Mac Kinnon y Michels(2) la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida; emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

En los síntomas depresivos moderados o tempranos, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata

de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o grave, el paciente renuncia.

La persona deprimida siente tendencias autodestructoras o masoquistas coexistiendo con estados depresivos en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

A pesar de que Mac Kinnon y Michels reconocen que la mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan a alguna causa externa precipitante, aún así consideran los factores endógenos como interdependientes con los factores externos. Explican que la capacidad de los síntomas depresivos de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención defectuosa, sugiere que los mecanismos depresivos pueden poseer valor de adaptación, y que la capacidad de desarrollarlos podrá haber sido seleccionada en el curso de la evolución. Esto está en contraste con la mayoría de las teorías biológicas de la esquizofrenia, que destacan los aspectos de mala adaptación de la enfermedad. En efecto, para la depresión, las explicaciones biológica y psicodinámica son, en la concepción de estos autores, no solo compatibles sino además interdependientes.

J. Wolpe(3) define por su parte que conducta neurótica "... es todo hábito persistente de conducta inadaptada adquirido por medio del aprendizaje en un organismo fisiológicamente normal." En concordancia con otros psicólogos y psiquiatras, señala que el constitutivo principal de semejante conducta suele ser la ansiedad.

Wolpe, al igual que Beck(1967) consideran la depresión como un término aplicado a constelaciones de la conducta en la que los elementos más característicos son el retardo verbal, el retardo motor, tristeza, etc.

Para Wolpe la depresión es normal cuando la persona ha sufrido una pérdida o privación grave; generalmente estas depresiones se desvanecen bastante pronto, conforme nuevos objetos de necesidad o deseo suplantán lo que se perdió. Una depresión puede considerarse patológica o neurótica cuando es evidente que no sirve para restaurar la función adaptativa, cuando es excesivamente grave o demasiado larga en relación a la privación que la causó, o si ha surgido del contexto de una pérdida o privación.

Liber y Lewinson(4) han propuesto que la conducta depresiva proviene de habilidades sociales inadecuadas que se manifiestan de dos maneras: la persona deprimida ha probado ser menos afortunada en adquirir y ejercer las habilidades sociales que llevan al reforzamiento social y, de modo similar, ha probado ser menos habilidosa en refrenarse de emitir conductas sociales que producen consecuencias sociales aversivas.

Se puede pensar desde luego que las habilidades sociales defectuosas son en sí producto de la historia de reforzamiento de cada individuo. Pero respecto al promedio, sí sería de consecuencia, pues en un caso la conducta depresiva resulta de un cambio reciente en el ambiente de la persona, mientras que en el otro proviene de una larga historia de reforzamiento diferencial.

En el primer caso se puede hacer cambiar la conducta deprimida cambiando el ambiente de la persona, mientras que en el último caso, quizá resultará más adecuado enseñar a la persona nuevas formas de conducta social.

Es evidente que en el análisis conductual de la depresión se tiene la influencia de la teoría del análisis experimental de la conducta y del aprendizaje.

De acuerdo con el DSM(5) hay un grupo de psicosis no atribuidas a condiciones físicas previamente identificadas y que es conocido como "desórdenes afectivos principales" o "psicosis afectivas". Entre ellas se encuentran diferentes estados depresivos.

Así, la conducta que es característica del deprimido puede ser categorizada

en tres niveles de severidad: depresión simple, depresión aguda y estupor agudo. En los tres las principales características son afecto triste, retardo psicomotor y aparente dificultad en el pensamiento.

La depresión simple es caracterizada por una disminución general de actividades. El paciente puede haber perdido todo el entusiasmo o gusto por el vivir. El se siente pecador, culpable e indigno. Es capaz de reconocer los cambios en su conducta y está bien orientado. Puede reportar muchas dolencias corporales tales como dolor de cabeza, incapacidad de dormir y pérdida del apetito.

Muchas veces hay preocupación con pensamientos suicidas. La distinción entre depresión simple y depresión reactiva es difícil de hacer. El criterio toma en cuenta los antecedentes situacionales en términos de influencia y "realidad" o "apropiada" que sea la respuesta.

En la depresión aguda el retardo psicomotor es más pronunciado. No hay evidencia de espontaneidad, hay dolencias corporales no realísticas (ideas hipocondríacas) pueden extenderse en sistemas engañosos implicando creencias de que el cuerpo se está muriendo o que hay castigo por prácticas sexuales previas. Los individuos reportan sentimientos de desesperanza e inutilidad. Ellos se lamentan, parecen desolados y nada parece atraer su interés.

En el estupor depresivo el individuo se vuelve casi completamente irresponsable, apartado e inactivo, está postrado en cama, tiene que ser alimentado limpiado y bañado. Alucinaciones vívidas y trastornadoras pueden ocurrir.

Por otro lado, Grinker y col. (6) reportan los resultados del análisis de factor sobre aspectos que pueden guiar a la etiquetación de la depresión. Para éste autor, el análisis de factor le validó la especificación de conductas en el sentido anterior de demarcar la depresión. Grinker realizó su análisis de factor de 96 pacientes admitidos por hospitalización con un diagnóstico de 'depresión' (el cual incluyó tanto depresiones neuróticas como psicóticas). Sus resultados los podemos reportar primeramente en términos de cinco grupos de factores que implican descripciones de sentimientos

Así, Glinker decidió desarrollar 4 patrones de factores combinando

los factores de ambas listas previas, lo cual resultó:

a) Sentimientos : melancolía, desesperanza, pérdida de auto-estima,
y sentimientos moderados de culpa.

Conducta aislada, apartada, apático, habla y pensamiento dismi-
-nuidos, con algunos disturbios cognoscitivos.

b) Sentimientos : desesperanza con baja auto-estima, considerables
sentimientos de culpa, alta ansiedad.

Conducta : agitación con demandas fuertes de atención.

c) Sentimientos : abatimiento, desesperación y ansiedad.

Conducta : agitada demandante, hipocondríaca.

d) Sentimientos : abandono y pérdida de afecto (cariño, amor).

Conducta : demandante, enojado, provocativo.

Manels(7) es otro investigador que, utilizando el análisis de fac-
-tor de conductas depresivas, revisó estudios para tratar de definir hallaz-
-gos comunes,,

Estudios de este tipo reportan acuerdo en la caracterización de pacientes
con depresión endógena(no reactiva), siendo deficientes en la reacción a cambios

medioambientales, mostrando una pérdida de interés en la vida, con síntomas corporales, no existencia de una entidad precipitante y con insomnio de media noche. En contraste con la persona con depresión claramente reactiva, el individuo etiquetado con depresión endógena era más probable que fuera más viejo, tener una historia de previos episodios de la enfermedad, de mostrar pérdida de apetito, de peso, de tener despertares muy tempranos por las mañanas, de mostrar auto-reproche o culpa, de tener ideas o intentos de suicidio, de estar en síntomas claramente "históricos" y de percibir su depresión cualitativamente diferente de las enfermedades ordinarias.

De este modo, los estudios de análisis de factor al igual que la multitud de observaciones de individuos depresivos indican que la depresión comprende conductas muy específicas, no de la clase de la totalidad muchas veces atribuidas a ella.

Otro aspecto de la depresión lo anota Friedman(8) en un estudio que cuestiona la noción de que los pacientes severamente depresivos con daño social grande también, es afectado su funcionamiento cognitivo-perceptual. Friedman seleccionó un grupo de 55 pacientes diagnosticados con depresión "pura". No incluyó casos en que la depresión era asociada con neurosis o esquizofrenia. Encontró que sus 55 pacientes deprimidos, cuando se aparejaban por edad, sexo, educación e inteligencia con 65 sujetos normales, fueron capaces de desempeñarse tan bien como los normales en una serie de tests cognitivos, perceptuales y psicomotores. Esto fue a pesar del hecho de que ellos se tasaron a sí mismos significativamente más bajos en sus habilidades.

Friedman concluye que la habilidad y desempeño actual durante la depresión severa no es consistente con la imagen pobre, poco realista que tienen los pacientes de sí mismos. Su experiencia de inutilidad es un reporte subjetivo más bien que una realidad objetiva.

Friedman notó que la respuesta del paciente a la mayoría de las tareas

fue de protesta, de que estaba demasiado cansado e incapaz de desempeñarla. El autor enfatiza que si el examinador disciplinadamente ignoraba esto o simpatizaba, y luego procedía con las instrucciones del test, el paciente cooperaría prácticamente siempre y llegaría a estar bastante implicado y motivado para hacerlo bien.

Aquí podemos observar una excelente ilustración del no mantenimiento de la conducta de lamentarse del paciente al aceptar ésta el examinador, pero al mismo tiempo ignorándola y presentándole al depresivo un papel alternativo implicando cumplimiento total de ese papel.

Por otro lado, DSMMD(5) nos dice que la melancolía es un desorden que ocurre en el período involucional, caracterizado por preocupación, ansiedad, agitación y severo insomnio. Sentimientos de culpa y preocupación somática son frecuentemente presentados y pueden ser de proporciones ilusorias.

La melancolía evolutiva es distinguible de la categoría maniaco-depresiva por la ausencia de episodios previos. Difiere de la esquizofrenia en que el estado de ánimo inapropiado caracteriza el deterioro de la realidad. Se visualiza que la definición de la melancolía involutiva es por exclusión, ya que el autor nos dice también que no es una reacción psicótico-depresiva ya que no es una depresión reactiva a una experiencia específica de la vida. La definición por exclusión es más notoria al enfatizar el autor que "... es recomendable que los pacientes involutivos no se les da este diagnóstico a menos que todos los otros desórdenes afectivos sean desechados.

El término melancolía involutiva originalmente se atribuyó a depresiones de los cambios de menopausia de la mujer. Según Ullman y Krasner(9) no ha habido apoyo sobre esta causalidad biológica. Lo que parece más bien es que factores sociales y emocionales que pueden ser asociados con la edad media son más importantes.

El rango de edad para el diagnóstico involutivo ha sido desde 35 a 65. Estos

autores subrayan que los estudios del análisis de factor fallan para demostrar un corte claro, patrones de conducta únicos para el involutivo. Señalan el estudio de Wittenborn y Bailey(10) en el que se investigó a 20 pacientes diagnosticados como depresivos involutivos. Ellos determinaron el grado del factor analizado en un grupo de 55 síntomas de escalas de grados. No encontraron un factor general que indicara una similitud consistente entre otros pacientes. Esto es, el diagnóstico de psicosis involutiva no tuvo implicaciones descriptivas consistentes de paciente a paciente. Estos autores concluyen que no hay "méritos descriptivos en el diagnóstico de la psicosis involutiva aún si lo suplían con un diagnóstico secundario".

Ullman y Krasner proponen que si la depresión severa parece ocurrir con más frecuencia en las edades medias, ello dejaría sin efecto los cambios económicos, sociales y físicos en el reforzamiento de estímulos. A medida que los individuos envejecen y son menos capaces de desempeñarse físicamente, de que la reflexión se retarda, de que la agudeza visual disminuya, de que las relaciones decrecientan, éstas pueden traer reacciones emocionales relacionadas a sentimientos de inadecuación e incompetencia. La gente con más edad puede tener problemas en hallar un empleo adecuado.

El papel depresivo es probable que se vuelva crónico cuando la persona no encuentra situaciones alternativas, actos y objetos para su afección. Si el papel depresivo establecido continúa, la mayoría de las otras personas se volverá menos responsiva. El efecto sobre el tiempo es hacia el poner a la persona sobre una lista de reforzamiento intermitente resistente a la extinción. La conducta específica establecida (por ej; conducta depresiva más bien que esquizofrénica) es una función de las circunstancias del individuo previas tales como qué tipos de conductas él ha observado.

Algunas de las circunstancias que preceden a la depresión son universales. La gente muere en todas las sociedades, el amor cambia a unos; la vida puede

volverse menos placentera y significativa por muchas razones realistas. El cómo el individuo "manipula" estas dificultades realistas es determinado por la disponibilidad de los papeles sociales. Por ejemplo, enfrentado a tales dilemas el individuo puede recurrir al papel de superconciente y supertrabajador; otro puede intentar la auto-destrucción, y un tercero puede emitir papeles de "persona deprimida".

Se pensaba formalmente que la depresión era rara entre la gente de civilizaciones más simples. Este concepto estuvo basado en parte en la idea que una civilización más avanzada requería rituales institucionales y papeles para situaciones realistas tales como la muerte y el amor, por ejemplo; el papel del desolado.

Ullman y Krasner mencionan que estudios antropológicos tales como el de Field(1960) en Ghana demostró que los papeles de conducta depresiva son frecuentes en sociedades apartadas y con un anarquismo individual, no importando que tan primitivas sean.

Pero a diferencia de estas sociedades, en las muestras hay un énfasis de que la falla es debida al individuo mismo. Bajo estas condiciones y sin una especificación alternativa de qué hacer, el papel depresivo es establecido.

En este sentido es la afirmación de Volkart(12) de que cualquier cultura, que en nombre de la salud mental alienta cubiertas emocionales extremas y exclusivas por una persona en otras pocas seleccionadas, pero la cual no proporciona salidas adecuadas y alternativas para la inevitable privación, está simplemente alternando las condiciones de, y tal vez posponiendo, la completa salud mental.

CAPITULO VI

RELACION ALCOHOLISMO-- DEPRESION

Este capítulo está en íntima relación con el siguiente, por ej; el estudio de Lechin J. y col.(1) en el que aplicaron por primera vez la escala Zung en alcohólicos, éstos en una N=73, 53 exhibieron puntajes iniciales de dicha escala arriba del rango normal establecido por Zung en 1965.

En el estudio de Winokur(2) se encontró que el desórden afectivo(AD) fue visto en un 27% de la población de mujeres alcohólicas. Dado que el desórden afectivo contiene mayormente en su caracterización a la depresión, puede verse que su relación con el alcoholismo es significativa.

Schmuckit y Winokur(3) estudiaron por su lado a 103 mujeres alcohólicas admitidas en dos hospitales, uno estatal y uno privado. De esta muestra al 55% se le encontró un diagnóstico de desórden afectivo evidenciado como depresión unipolar, definida así por estos autores. Un 52% tenía un historial de intentos de suicidio, el cual se relaciona frecuentemente con estados depresivos.

Por su lado, Mayfield y Coleman(4) reportan un excesivo beber en 20% de 59 pacientes con desórden afectivo clínico, relacionando particularmente el beber con episodios maníacos.

Morrison J.(5) reporta que en un estudio llevado a cabo en la sección de cuidado intensivo de un hospital, se consideró a 279 pacientes. 13.1% fueron diagnosticados con diagnóstico de desórden bipolar afectivo, y el 36.0% fueron diagnosticados como alcohólicos. 43.5% fueron calificados con ambos diagnósticos del grupo de pacientes bipolares y 15.9% del grupo de alcohólicos.

Kenneth y Karasievich(6) con una muestra de 207 varones admitidos en tres diferentes hospitales, encontraron que 80 de ellos mostraron una elevación significativa en la escala D de depresión del MMPI.

Shaw J.(7) con una N=58 de pacientes masculinos alcohólicos, encontró que

el 88% calificó 2 desviaciones estándar arriba de la escala media de depresión del MMPI, y 40% calificó 3 desviaciones estándar arriba de la misma media, indicando ambas un grado significativo de depresión. Con el Inventario de Beck, 76% fueron tasadas al menos medianamente depresivas, y 15% fueron severamente depresivas. Un 84% de la muestra fue clínicamente depresiva de acuerdo a la escala Zung de depresión.

Equi P. y Jabara R.(8) estudiaron a 58 pacientes masculinos admitidos a una sección para el tratamiento de alcohol en un hospital. De acuerdo a la escala D de depresión del MMPI, 31 se encontraron con puntajes elevados, de 72 hasta 118.

Por su parte, Donovan D. y col.(9) encontraron una diferencia significativa entre un grupo de 39 alcohólicos y 39 no alcohólicos, siendo los primeros más depresivos de acuerdo al Inventario de depresión de Beck.

Keglar S. y Roads T.(10) estudiaron a 21 pacientes diagnosticados como abusadores de alcohol y a 21 abusadores de otras drogas. En general, los abusadores del alcohol se encontraron más depresivos que los abusadores de otras drogas. En el MMPI, 67% de los abusadores de alcohol calificaron depresivos frente a un 38% de los abusadores de otras drogas. 90% de los alcohólicos fueron calificados como depresivos en la escala Zung de depresión, en comparación con un 54% de los abusadores de otras drogas.

Zielinski J.(11) aplicó la escala Zung y el Inventario de depresión de Beck a 117 pacientes admitidos a un hospital para su tratamiento de alcoholismo. De éstos, un 75% fue identificado con presencia de depresión clínica en estas dos escalas y con la observación clínica de los terapeutas.

Por último, cabe mencionar el estudio de Weissman y Meyers(12), que se realizó en la comunidad de New Haven, E.U., entrevistándose a 510 sujetos de 1969 a 1976. Los criterios de diagnóstico fueron los del SADS(Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, 13), el cual dió los siguientes resultados: 34 de las personas fueron diagnosticadas habiendo sido en

84

algún momento de sus vidas, alcohólicos. De éstas, el 44% recibieron en algún momento de sus vidas el diagnóstico de depresión mayor, 15% de depresión menor, 6% de depresión bipolar y un 18% de personalidad depresiva. Estos diagnósticos no son mutuamente excluyentes: 32% de los sujetos han recibido sólo uno de éstos cuatro diagnósticos en algún momento de sus vidas, 12% han recibido dos, y 9% han recibido tres.

Entre los 15 sujetos que en algún momento de sus vidas han recibido un diagnóstico tanto de depresión como de alcoholismo, 60% fueron considerados depresivos primarios y 40% depresivos secundarios.

Vemos de esta manera empírica, como el alcoholismo y la depresión están en muchos momentos relacionados íntimamente. Es obvio que esta relación varía con diferentes muestras, pues como se ha observado, el que una persona presente dos desórdenes en su personalidad (alcoholismo y depresión), hace que dicha persona busque ayuda más frecuentemente para sus problemas o trastornos.

Se es conciente también que el alcoholismo es un fenómeno multicausado y, por lo tanto, es previsible que su relación con estados depresivos fluctúe debido a los factores presentes en esa multicausalidad. De ahí su mayor o menor relación no sólo con la depresión, sino con otros trastornos psicossociales.

CAPITULO VII

LA ESCALA ZUNG

Se pensó utilizar un instrumento breve pero a la vez, confiable en cuanto a medir síntomas y signos característicos de estados depresivos. Por tal motivo se eligió la Escala Auto-Medible de Depresión de Zung.

La primera vez que se dió a conocer esta escala fue en 1965 por sus autores y colaboradores, respectivamente; William W.K. Zung y Durham N.C.

Consiste en una lista de 20 declaraciones; diez son escritas sintomáticamente positivas y diez negativas. El entrevistado responde a cada ítem de acuerdo a como se lo aplica a él en el momento de la administración eligiendo una de las siguientes alternativas: a) Muy pocas veces, b) Algunas veces, c) Muchas veces, d) Todo el tiempo.

Un valor del 1 al 4 es asignado a la respuesta dependiendo de si el ítem es expresado positiva o negativamente.

El objetivo de Zung era el de construir una escala breve y simple, que fuera todo lo inclusivo respecto a los síntomas de la enfermedad, que fuera cuantitativa más que cualitativa, auto-administrada y que le indicara al paciente sus propias respuestas al momento de que la escala le fuera dada. Para su propósito revisó tres autores que se habían ocupado extensivamente del problema de la sintomatología del desorden depresivo, usando el análisis de factor en sus investigaciones. Dicho análisis de factor supone que la naturaleza compleja de los síntomas son determinados por un grupo de patrones o factores subyacentes. De este modo, de los resultados de las investigaciones de Grinker(1961), Overall(1962) y Friedman(1963), Zung eligió las características más comúnmente encontradas de depresión, tales como preocupación por la muerte, desesperanza, respuestas físicas a la tensión como pérdida del apetito, del sueño y del peso, sentimientos de culpa, etc.

En síntesis, en el estudio de Zung(1) aplicó la escala a 56 pacientes; la mitad de los cuales tenían un diagnóstico previo de desorden depresivo. Comparó los dos grupos; el etiquetado previamente y aquel que fue diagnosticado clínicamente y un grupo control. Dada la comparación de los puntajes obtenidos en la escala con los diagnósticos clínicos y después comparando los puntajes de inicio del tratamiento(terapia electroconvulsiva y farmacoterapia depresiva) de 4 semanas, con los puntajes obtenidos cuando fueron dados de alta, le permite a Zung concluir que ésta escala fue útil en cuantificar depresión como un desorden. Además dicha escala señala que el disturbio del sueño fue sentido por los pacientes depresivos como el síntoma que mejoró más después del tratamiento de su enfermedad. Así para Zung la presencia de disturbios en el sueño parece ser un importante, si no el más importante síntoma en el desorden depresivo con respecto a la diagnosis e igualmente como un signo de pronóstico.

En un segundo estudio, Zung y Durham(2) se propusieron verificar si la Escala Zung de Auto-Medición de Depresión(SDS) podría verse afectada por factores sociales del paciente. En breve, dicho estudio examinó 159 pacientes vistos en una clínica psiquiátrica durante un período consecutivo de seis meses.

Los datos incluídos fueron el sexo, estado civil, nivel educacional y estado financiero. Además de la SDS se les aplicó el MMPI y el Ohio Literacy Test(utilizado para estimar la inteligencia).

La conclusión de los autores es que, tomada en conjunto y dentro de los límites de la población de pacientes examinados, los resultados mostraron que la SDS no fue afectada por la edad de los pacientes, ni por el sexo, estado marital, nivel educacional, estado financiero o nivel de inteligencia. Señalan que los pacientes con cantidades leves y moderadas de depresión tuvieron puntajes de 60 y más, y pacientes con severa depresión tuvieron puntajes de 70 y más. Estos pueden considerarse como índices de depresión dentro de la sinto-

-matología contenida en la escala.

Al parecer Lachin J., Weingold y col.(3) utilizaron por primera vez la escala Zung en alcohólicos y encontraron que la mayoría de los pacientes alcohólicos(N=73) eran deprimidos.

Los mismos autores señalan la significativa correlación de .70 entre la escala Zung y el MMPI en la detección de depresión encontrada en el estudio de Zung(4). Este estudio en lo particular se verá más extensamente en el Capítulo VI, en donde se analizan las manifestaciones depresivas con el fenómeno del alcoholismo.

En un estudio posterior, Haywood K. Shelvy y col.(5) compararon dos grupos; uno de los alcohólicos y otro de dependientes de drogas varias. Aplicaron la escala Zung y el MMPI. El primer grupo consistió de 21 sujetos diagnosticados como alcohólicos y el otro grupo de 21 sujetos clasificados como abusadores de drogas varias. Entre las conclusiones dadas por estos autores se encuentra el que los alcohólicos tienen una más grande incidencia de depresión que los abusadores de otras drogas. Encontraron además un mismo grado de consistencia en las respuestas dada la falta de una diferencia significativa entre la escala D del MMPI y la escala Zung en el grupo de alcohólicos.

Una conclusión interesante es la referente a que no pudieron concluir nada respecto a si la depresión en los alcohólicos es más notoria y alta cuando están sobrios. Dado que algunos miembros eran asistentes \pm asiduos de AA, se encontró que éstos tienen puntajes más depresivos en el MMPI que los alcohólicos hospitalizados.

Dado que en la escala Zung se encuentran reactivos que se refieren a la sintomatología psicológica y fisiológica, podemos preguntarnos si esta combinación es efectiva en la detección de estados depresivos, considerando la brevedad de esta escala. Al respecto, el estudio de Shaw(6) nos puede dar una opinión basada en su estudio y con una muestra determinada(N=30). En síntesis,

dicho estudio se realizó en sujetos que pedían tratamiento por alcoholismo en una clínica intermedia a la hospitalización(aunque no necesariamente). Con un tratamiento de placebo y de una combinación de clordiazepóxido e imipramina, aplicando tres escalas para medir depresión; el MMPI, la escala Zung y el Inventario de depresión de Beck. Entre las conclusiones relevantes se encuentra la confirmación de una alta frecuencia de la depresión, validada en los tres tests en un porcentaje del 80% de la muestra.

En el grupo que tenía el tratamiento de la combinación de clordiazepóxido e imipramina, la escala Zung fue la única que mostró una deflación significativa de la depresión en este grupo al final de 30 días de tratamiento. Este hallazgo puede reflejar el mayor peso dado por la escala Zung a los síntomas fisiológicos(pérdida de peso, insomnio, decremento de la libido, pérdida de apetito y letargia generalizada), como manifestaciones de depresión.

Esto implica también la necesidad de una definición operacional consensualmente validada de la depresión.

Los dos estudios inmediatos anteriores han encontrado cierta validez de la escala Zung en la detección y sintomatología depresiva en sujetos alcohólicos, si bien el de Shaw(1975) ya señala que la escala puede dar mayor peso a los síntomas fisiológicos como manifestaciones de depresión.

Veamos otro estudio tendiente a validar la escala Zung en alcohólicos y después revisaremos otros tres estudios más que encontraron resultados un tanto contrarios a la validación de dicha escala.

En el estudio de Equi P. y Jabara R.(7) se estudió una población alcohólica (N=58) a la que se le aplicó la escala de Zung y la escala D del MMPI como criterio de depresión. El período de tratamiento fue de 28 días y no se especifica de qué tipo fue el tratamiento.

La muestra fue bastante heterogénea en cuanto a factores demográficos y tenían un diagnóstico previo primario de alcoholismo.

De los resultados los autores concluyen que los dos instrumentos tuvieron validez concurrente o predictiva dadas las correlaciones halladas entre ellas de .71 y .84.

Dado que un índice medio de post-tratamiento de la escala Zung de 43.8 difería significativamente de la media pre-tratamiento de 55.8(p .001), se concluye que la escala fue sensible a las alteraciones del estado de ánimo depresivo. Se enfatiza que la diferencia encontrada en este estudio no fue tan grande como la obtenida por Zung(1) en pacientes depresivos hospitalizados, pero se hace la aclaración de que la muestra de Equi y Jabara no tenía diagnóstico de depresión como problema primario.

Enseguida hay dos estudios que difieren en cuanto a los hallazgos encontrados respecto a la aplicación de la escala Zung a alcohólicos.

Hamm J. y col.(8) en un estudio con alcohólicos hospitalizados en un programa de seis semanas con una N=48, aplicaron la escala Zung(SDS), la escala de Auto-Medición de ansiedad(SAS), también de Zung, la escala Hamilton de depresión(HDS) y la escala Hamilton de Ansiedad(HAS), Los sujetos tenían una media de edad de 32 años(SD= 7.9).

Entre los resultados se señala que sólo un 6.3% de los sujetos calificó como depresivos en la escala Hamilton de depresión, y un 34.8% en la escala Zung de depresión, ésto en la línea base. El autor compara este resultado con el que indicaba Zung como indicativo de afecto depresivo, es decir un 64% de los sujetos con afecto depresivo para este tipo de pacientes internos.

Una de las primeras conclusiones de los autores es que estos resultados indican que la depresión(y la ansiedad) en el rango clínico no son comunes entre los alcohólicos jóvenes ni saludables(como en esta muestra).

Una posible explicación que dan para el bajo incidente de depresión es que pocos de estos pacientes habían sufrido alcoholismo por un tiempo suficientemente largo para resultar en una pérdida importante de la vida o que ellos simplemente tenían un más bajo "riesgo de pérdida" debido a su edad.

De este modo la depresión es más común en períodos últimos o avanzados de los alcohólicos quienes han sufrido más consecuencias médicas y/o psicosociales del alcoholismo y/o de la edad.

Cabe recordar al respecto la opinión de Holmes y Rahe(9) de que los principales cambios en la vida son asociados con una incidencia incrementada de problemas físicos y psiquiátricos.

Una segunda conclusión de Hamm y Major es que algunos estudios previos al suyo han reportado una baja incidencia de depresión en alcohólicos(10-12) usando muestras sesgadas de alcohólicos, por ej; aquellos con necesidades de hospitalización médica o psiquiátrica o aquellos con condiciones coincidentes que guiarían a correlaciones positivas falsas.

Un estudio similar al anterior es el de Keeler y col.(13), en el que 35 pacientes alcohólicos fueron admitidos en un hospital para su tratamiento de alcoholismo. Se les dió desintoxicación con clordiazepóxido o diazepam. Se les aplicó la escala Hamilton de depresión, la escala Zung y el MMPI.

Coincidentemente con el estudio anterior, en éste se encontró que sólo un 8,6% de los 35 alcohólicos fueron depresivos de acuerdo al diagnóstico clínico. De acuerdo con la escala Hamilton y el Zung se encontró que el porcentaje subía a 28% de depresivos.

Para analizar sus resultados, Keeler y col. señalan el estudio de Carroll y col.(14) en el que reportan una comparación crítica de la habilidad del Zung y el Hamilton para distinguir entre poblaciones de pacientes depresivos quienes estuvieron hospitalizados en custodia psiquiátrica, tratados en un hospital de día, y tratados en una práctica clínica general. El Hamilton pero no el Zung separó los dos grupos. Este resultado hace surgir la pregunta acerca de si la escala Zung puede distinguir entre diferencias de severidad de depresión en pacientes, lo que no significa la habilidad de este instrumento para medir cambios en el individuo.

Entre las conclusiones de interés de estos autores está la de que un factor significativo relacionado con estos resultados puede ser el de que la secuela de alcoholismo crónico y/o recientes accesos prolongados de beber excesivo y/o retiros recientes del alcohol pueden producir signos y síntomas similares a aquellos de depresión e invalidar pruebas auto-administradas.

En síntesis, vemos que hay varios factores que pueden influir en la validación de la escala Zung en alcohólicos desde la misma estructura de la prueba; es decir que se inclina más por unos síntomas que otros, lo cual tiene que ver con lo que significaría depresión para cada investigador, como son las características de los sujetos, por ej; si son alcohólicos que piden tratamiento o no, e incluso el tiempo que hayan padecido su problema de alcoholismo.

En consecuencia, todos estos factores y hallazgos deben tomarse en cuenta sobre cualquier aplicación y conclusiones de la escala Zung con respecto a pacientes alcohólicos.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION.

Problema. En este estudio se pretende investigar la presencia de depresión en sujetos cuyo problema con el alcohol les ha hecho solicitar ayuda, en este caso de AA, considerándoseles por ello, alcohólicos. Además se pretende observar si las acciones de AA hacia el sujeto son efectivas no sólo para alejarlo de la bebida sino para ayudarlo a solucionar y disminuir algunos trastornos de su personalidad, en este caso específicamente, trastornos depresivos, delimitados así por la Escala de Zung.

Este estudio también pretende investigar si los estados depresivos pueden ser mayores en un grupo de alcohólicos sin tratamiento o con poco tiempo del mismo, que en cualquier muestra de población "normal", considerando en ésta a los sujetos que no tengan previo diagnóstico psiquiátrico.

Hipótesis de Trabajo: Habrá diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión entre los alcohólicos con menos de 6 meses y los alcohólicos con más de 6 meses en AA; y entre los alcohólicos con menos de 6 meses en AA y los sujetos no-alcohólicos.

Para la variable de permanencia en AA, se plantearon las siguientes hipótesis:

H_0 : No hay diferencia significativa en el nivel de depresión entre los alcohólicos₁ asistentes con más de 6 meses, y los que asisten con menos de 6 meses a AA.

H_1 : Los sujetos alcohólicos asistentes a Alcohólicos Anónimos con más de 6 meses₁, tendrán niveles de depresión menores que los sujetos alcohólicos también asistentes a AA con no más de 6 meses.

H_0 : No hay diferencia significativa en el nivel de depresión entre los alcohólicos₂ asistentes a AA con ^{menos} de 6 meses y los sujetos no alcohólicos.

H_1 : Los sujetos que asisten a AA con no más de 6 meses₂ mostrarán mayores niveles de depresión que los sujetos no alcohólicos.

Ho : Hay diferencia significativa en el nivel de depresión entre los sujetos no-
3
-alcohólicos y los alcohólicos asistentes a AA con más de 6 meses.

Hi : Los sujetos no-alcohólicos mostrarán niveles de depresión similares a los
3
de los sujetos asistentes a AA con más de 6 meses.

La fundamentación para las hipótesis de trabajo se basa en la literatura re-
-visada al respecto en este estudio, algunas de éstas referencias ya han sido citadas
en los anteriores capítulos. En general, se plantea que el alcoholismo y la depresión
se desarrollan concomitantemente, apareciendo ésta antes, durante y después de trata-
-mientos contra el alcoholismo (Weissman M; 1980, Schuckit y Winokur; 1980, etc.).

En los resultados de estudios de estos autores y otros se ha observado la pre-
-sencia de depresión en alcohólicos. En seguimientos que se han realizado con una
previa valoración de la depresión y otros desórdenes psicológicos, se ha encontra-
-do que la reducción de la depresión, si bien está presente, en ocasiones no es
significativa (Kenneth Bean y Karasievich, 1975), o de acuerdo a determinados pro-
-cedimientos estadísticos, dichas disminuciones fueron proporcionales a los niveles
iniciales de depresión (el ANCOVA utilizado por Lachin y col.; 1969).

Considerando lo anterior, dichos estudios y otros revelan : similares decrementos
de la depresión en sujetos alcohólicos, después de determinado tratamiento, e in-
-dependientemente del tiempo de éste o del seguimiento (Zielinski J; 1977, Jon S y
col.; 1975, etc.).

La importancia que puede tener este estudio no pretende ser por lo tanto, el
comprobar lo anterior, con la variación de hacerlo en una muestra mexicana, sino
el investigar las correlaciones que existen entre el nivel de depresión y el
tiempo de permanencia de los sujetos alcohólicos en AA, entendida ésta organi-
-zación como un tipo de terapia y tratamiento no sólo para disminuir el proble-
-ma de su alcoholismo, sino además la relación significativa entre ese tiem-
-po de permanencia en dicho tratamiento y los niveles de depresión que presenten.

Muestra

- .- 100 sujetos alcohólicos asistentes a AA con más de 6 meses con un promedio de asistencia de 6 días a la semana.
- .- 100 sujetos alcohólicos asistentes a AA con no más de 6 meses con un promedio de asistencia de 5 días a la semana.
- .- 100 sujetos no alcohólicos pertenecientes a un centro de trabajo o a una colonia elegida al azar.

Características de la ~~pobl~~ muestra.- Se procuró que los sujetos de los tres grupos cayeran en un rango de edad de los 18 a los 35 años, del sexo masculino. La información completa de edad, ~~xx~~ escolaridad, ocupación, ingresos y estado civil, así como las correlaciones existentes entre estas variables y los grupos de la muestra se encuentran en las Tablas correspondientes. Dichas correlaciones se realizaron con el mismo procedimiento estadístico que se les dió a los resultados de la Escala de Auto-Medición de Zung.

Instrumentos.

- A) La escala de automedición de depresión de Zung. Esta escala, examinada en el capítulo VII ha sido empleada para verificar su validez y confiabilidad en algunos estudios. Estos dos aspectos, explicitados en dicho capítulo, pueden sintetizarse señalando que dicha escala es un instrumento breve para medir síntomas y signos característicos de estados depresivos (Zung, 1965). En el citado capítulo se menciona cómo elaboró Zung su escala para que le permitiera obtener dichos índices de confiabilidad. Posteriormente, Zung y Durham (1967) trabajaron sobre la validez de la escala correlacionando factores como el sexo, estado civil, nivel educacional, etc., utilizando el MMPI y el Ohio Literacy Test. ~~Otros autores han encontrado~~ Sus resultados indican que la escala no fue afectada por ninguno de dichos factores.

Otros autores se han avocado al análisis y de la validez y confiabilidad de

este instrumento obteniendo ~~relaciones significativas~~ resultados positivos al respecto utilizando, además de dicha escala, otros instrumentos evaluadores de depresión, así como tomando en cuenta diversos factores en ~~diversas~~ variadas muestras de sujetos (Lachin y col., 1969; Jan S., 1975, y el mismo Zung que realizó un ~~estudio~~ segundo estudio para examinar a pacientes ambulatorios en 1965.).

B) Un cuestionario de datos personales conteniendo la variable dependiente; el tiempo de permanencia.

VARIABLES:

Variable dependiente: La presencia de depresión medida así por la escala de auto-medición de depresión de Zung.

Variable independiente: El tiempo de permanencia en AA.

En la literatura de AA, en estudios hechos con sujetos alcohólicos asistentes a AA, y en la experiencia personal ~~en~~ con ellos, se evidencia que la actividad que desarrollan los alcohólicos militantes ahí, logran en ellos algo más que el solo hecho de dejar la bebida—lo cual es ya significativo—, también logran al través de la militancia en AA la solución, o el camino de la solución de algunos problemas en cuanto a su comportamiento y personalidad. Siendo conocida la presencia de la depresión entre estos problemas, se presupone que el tiempo de permanencia en AA será proporcional a la disminución de los niveles de este tipo de trastorno en el sujeto alcohólico.

El tiempo de permanencia se subdividió en dos períodos:

- a) Sujetos alcohólicos con menos de 6 meses en AA. (Grupo I).
- b) Sujetos alcohólicos con más de 6 meses en AA. (Grupo II).

Escenario.

Dado que se sabía por experiencia propia que cada grupo se auto-considera independiente, se procedió a la aplicación de los instrumentos en los locales de reunión de los AA.

Diseño.

En este estudio el diseño empleado fue de tres muestras independientes elegidas al azar. Las muestras de sujetos alcohólicos fueron elegidas además estratificadamente. Dado que la variable independiente será el tiempo de permanencia en AA, se procuró en un principio encontrar los centros ~~en~~ en donde

hubiera el suficiente número de sujetos con menos de 6 meses, así como sujetos que tuvieran más de 6 meses en AA. Sin embargo, se aprovecharon esas visitas para ir aplicando el cuestionario y la escala de depresión. La estratificación se hizo en base a la información dada por los mismos sujetos visitados de que los grupos de AA denominados de 24 Horas, eran los que preferentemente poseían en sus locales espacios físicos llamados anexos en los que se quedaban a pernoctar y a vivir los alcohólicos que así lo quisieran y lo requerirían. Por tal motivo, la 2a. mitad de aplicación de la escala y el cuestionario fueron aplicados en los locales de 24 Horas, encontrándose ambas variables en los sujetos; con más de 6 meses y con menos de 6 meses en AA.

Se observó una notable predominancia de los sujetos con más de 6 meses. Ello se explica en parte por el hecho de que los sujetos que no se han quedado, no han sentido en suficiente medida el efecto del 'tratamiento' en AA. A su vez, los que siguen yendo a AA se han percatado de su mejoría y en la rehabilitación y continúan yendo y rehabilitándose.

Dado que el muestreo estratificado consiste en dividir la población de estudio en diferentes estratos, haciendo después un muestreo al azar de *c/u* de ellos, en este estudio se hizo de inicio así. Sin embargo, cuando se tuvo la lista de los grupos de 24 Horas y sus direcciones, se procedió a realizar las aplicaciones, encontrándose que recorridos la mitad elegida al azar no se tenía el número requerido de sujetos, sobre todo del grupo de alcohólicos con menos de 6 meses en AA. Por tal motivo, se completó el número de sujetos requeridos en la muestra, tal y como se planteó de inicio; hasta tener el número de sujetos requeridos en el estudio.

Procedimiento de Aplicación.

Como se informó, se visitaron los centros de AA necesarios para lograr el número requerido de las muestras de sujetos alcohólicos. Se les informó en sus tantas el motivo de la visita: Que formaba parte de una Investigación

en la que nosotros como psicólogos (en un sentido genérico) queremos acercarnos al conocimiento del alcoholismo. Se les pidió su cooperación para contestar el cuestionario y la escala, señalándoles que se respetaría su anonimato. Al mismo tiempo, se investigaba previamente la existencia de Centros de Salud en la zona del local en donde, si lo deseaban o sentían que necesitaban atención médica y/o psicológica (en el caso que hubiera ese servicio). Se les proponen los centros de salud dado el bajo costo de la consulta.

La dinámica de aplicación fue básicamente la misma en todos los locales visitados, pero varió un poco en algunos, dependiendo de las reacciones de sus miembros a la aplicación. En algunos se recibía al psicólogo con mucho recelo y negativismo a contestar los cuestionarios, llegando el caso de negarse terminantemente hasta que no estuviera presente y lo aprobara el encargado del local o del grupo, sobre todo en los grupos de 24 Horas. Esto se explica en parte, pues como ellos mismos lo expresan, su recuperación se debe al grupo y cualquier gente extraña a él, y sobre todo no alcohólica, causa desconfianza. En segundo lugar, hay algunos grupos en donde hay más repartición de las responsabilidades, incluyendo en ellas a la dirección del grupo.

En aquellos grupos en donde la responsabilidad del grupo recae más en una persona o en un grupo reducido, el recelo tiende a aumentar hasta que no lo apruebe el 'líder', ó responsable como ellos lo llaman.;

Generalmente los miembros de los AA-incluyendo a los más recelosos-, accedían a responder al cuestionario y a la escala, aunque variaba el número de miembros dispuestos a hacerlo.

De hecho, se cubrieron los grupos más numerosos en el D.F. y Zona Metropolitana, cubriendo zonas como la Condesa-Hipódromo, Cuahutémoc, Satélite, La Villa y algunos centros de AA del norte de la ciudad y Tlalnepantla, CD. Nezahualcóyotl y algunas colonias del sur y oriente de la ciudad como Pantitlán, Nativitas, Portales, y la Agrícola Oriental.

El procedimiento de aplicación total de cuestionarios y escalas para los sujetos alcohólicos se llevó a cabo en 3 meses. La aplicación se hacía a nivel de grupo, generalmente antes y después de sus sesiones, pues la mayoría no admitía interrumpir sus actividades para ello. La aplicación en esta modalidad se hizo en un porcentaje de 25%, el restante 75% se hizo individualmente, dado por un lado que preferían que se les aplicara por no saber leer y por temor a no entender las preguntas. Por otro lado, se hicieron individualmente pues no todos estaban disponibles y/o presente para la aplicación, de tal modo que se les aplicaba a dos, uno ó más y después se volvían a repetir las instrucciones para los que llegaban o se dedicaban de sus actividades.

En la totalidad de los casos se dieron aclaraciones sobre algunas palabras que no entendían ó sobre el procedimiento para contestar tanto el cuestionario y la escala, encontrándose una especial reticencia a contestar con ninguna opción-incluso- la pregunta No. 19, que se refiere a expresar haber sentido deseos de morir para satisfacer a alguien o favorecerle.

En cuanto a las alternativas médicas y/o psicológicas para ellos en los centros de salud, se les decía que sólo se les sugería para complementar su rehabilitación que estaban tratando de lograr, o que habían logrado en AA, más no como substitutá. Aceptaban estas alternativas terapéuticas pero no parecían muy dispuestos a hacerlo de una manera inmediata. Sólo un 5% se apreció que tenían un especial interés en pedir esa alternativa terapéutica, sobre todo el servicio psicológico. En los demás se percibía un deseo inmediato y preferente de seguir adelante sólo con la recuperación en AA, al menos por el momento.

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

La prueba utilizada en este estudio es aquella llamada Diferencia entre proporciones o porcentajes; Hill B.(1) es uno de sus postulantes, quien nos señala que consiste en comparar básicamente dos muestras de un mismo

universo en base a los porcentajes de c/u de ellas. Dicha prueba se basa en la siguiente fórmula del error estándar entre dichas muestras; el cual una vez obtenido es multiplicado por 2 para comprobar que cuando el doble del error estándar es menor que la diferencia entre p y p', esto apoya el que dicha diferencia entre las dos muestras es difícil que sea debida al azar, esto es, que dicha diferencia se debe a la presencia de una variable dependiente (definida en este estudio como el tiempo de permanencia en AA). En consecuencia, se puede afirmar que dicha diferencia es significativa.

$$\text{ERROR ESTANDAR (E.S.)} = \sqrt{\frac{p \times q}{N} + \frac{p' \times q'}{N'}} \times 2$$

, donde p es el porcentaje en el universo de una categoría, por ej; la respuesta de muchas veces a la pregunta 1 del test de Zung en el grupo I, y q es el porcentaje complemento de éste, es decir de los sujetos que no contestaron muchas veces de ese mismo grupo I, y N es el número de individuos de la muestra, en este estudio fueron 100 sujetos en los 3 grupos. Y p' es el porcentaje de la misma categoría pero en el universo del grupo II, así como q' es su complemento y N' el número de individuos.

Se tiene así que si el Error Estándar es menor que la diferencia de p y p', esto ~~si~~ evidencia una relación significativa.

Precisamente Hill B. apunta que ha sido mostrado que valores, sea un promedio o una proporción, que difieren de su media por más del doble de la desviación estándar son relativamente raras. Como un nivel convencional, el doble del error estándar es por lo tanto adoptado, y las diferencias entre valores en las dos muestras, las cuales son más grandes del doble del error estándar de la diferencia, se dice que son significativas. De hecho, diferencias de este tamaño ocurrirían por una casualidad cercana de 5 veces en 100 pruebas. Si un trabajador

considera esta prueba como demasiado indulgente, puede subir su nivel de significancia de $2\frac{1}{2}$ a 3 veces el error estándar ; con estos niveles, diferencias ocurrirían por casualidad solo una vez en 80 pruebas y una vez en 370 pruebas, El problema es siempre de una probabilidad y el investigador está en libertad de adoptar cualquier nivel que él desee."

En este estudio se optó por escoger el nivel de significancia de 2 veces el error estándar como confiable de una diferencia significativa.

Para ilustrar lo anterior, aplicaremos el procedimiento con la pregunta 1 en la Escala Zung, cuyos resultados en este estudio se presentan en las Tablas que se encuentran adelante.

Dado que cada pregunta presenta al examinado 4 opciones para responder de acuerdo a como él se aplique el contenido de dicha pregunta, tenemos que la la. opción a la pregunta "Me siento abatido y melancólico", significa, en el cuadro correspondiente a la frase "Muy pocas veces". Comparando las diferencias entre las proporciones obtenidas entre el Grupo I y el Grupo II, tenemos que, de acuerdo a la fórmula:

$$E.S. = \sqrt{\frac{43 \times 57}{100} + \frac{66 \times 34}{100}} \times 2$$

donde p es el porcentaje obtenida por el Grupo I y q es su complemento; p' es el porcentaje obtenido por el Grupo II y q' es su complemento; y 100 es el número de individuos(N) que en este estudio fue el mismo para los tres grupos.

Así;

$$E.S. = \sqrt{24.51 + 22.44} \times 2 = 13.6$$

Tenemos que el E.S.= 13.6 y la Diferencia entre las proporciones de p y p'=23, indicando así una evidente diferencia significativa; p 0.05. Esto nos señala que en la pregunta 1 la diferencia encontrada entre las respuestas del Grupo I y el Grupo II para la la. opción se debe mayormente a la variable dependiente (que es el tiempo de permanencia en AA) más que al azar.

Este procedimiento estadístico se aplicó tanto a los resultados de la Escala Zung, como a los datos de edad, escolaridad, ingresos y estado civil.

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

TABLAS CONTENIENDO LOS RESULTADOS DE LA ESCALA ZUNG
EN DONDE SE INCLUYEN SOLO LAS DIFERENCIAS SIGNIFICA-
-TIVAS ENCONTRADAS ENTRE LOS TRES GRUPOS

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 1.- " Me siento abatido y melancólico."

102

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| MUY POCAS VECES | 1 | 43 | 43 | 66 | 66 | 54 | 54 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 37 | 37 | 23 | 23 | 40 | 40 |
| MUCHAS VECES | 3 | 13 | 13 | 9 | 9 | 6 | 6 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 7 | 7 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| TOTAL | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO II

Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO II

Puntaje 2 : GRUPO II VS. GRUPO III

Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

104

PREGUNTA 3 .- " Tengo accesos de llanto o deseos de llorar ".

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------|-------------------------------------|----|------------------------------------|----|---------------------------------|----|
| | N | % | N | % | N | % |
| MUY POCAS VECES | 1 | 52 | 74 | 74 | 66 | 66 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 31 | 20 | 20 | 28 | 28 |
| MUCHAS VECES | 3 | 13 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TO- -TAL | | | | | | |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

- Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO II
- Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO III
- Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO II
- Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLICA Y DILACION

105

PREGUNTA 4.- " ¿Le cuesta trabajo dormir en la noche ".

| | Grupo I A.A. HMB DE 6 HEMB | | Grupo II A.A. HMB DE 6 HEMB | | Grupo III SUTLE S CONTROL | |
|--------------------|----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| MUY POCAS VECES | 1 | 45 | 45 | 60 | 60 | 60 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 33 | 33 | 23 | 23 | 29 |
| MUCHAS VECES | 3 | 15 | 15 | 5 | 5 | 8 |
| TODA EL TIEMPO | 4 | 7 | 7 | 3 | 3 | 3 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < 0.05$:

- Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO II
 Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO III
 Puntaje 3 : GRUPO I VS. GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

101

PREGUNTA 5.- " Como igual que antes solia hacerlo "

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| TODO EL TIEMPO | 1 | 42 | 46 | 46 | 31 | 31 |
| MUCHAS VECES | 2 | 18 | 14 | 14 | 18 | 18 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 25 | 14 | 14 | 21 | 21 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 15 | 26 | 26 | 30 | 30 |
| TO- -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 1 : GRUPO II VS. GRUPO III

Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 6.- " Todavía disfruto de las relaciones sexuales".

107

| | Grupo I A.A. BEBES DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJERAS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TODO EL TIEMPO | 1 | 27 | 27 | 40 | 40 | 33 | 33 |
| MUCHAS VECES | 2 | 10 | 10 | 23 | 23 | 15 | 15 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 27 | 27 | 17 | 17 | 24 | 24 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 36 | 36 | 20 | 20 | 28 | 28 |
| TOT- -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 4 : GRUPO I VS GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

108

PREGUNTA 7.- " Noto que estoy perdiendo peso ".

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| MUY POCAS VECES | 1 | 59 | 73 | 73 | 65 | 65 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 31 | 18 | 18 | 30 | 30 |
| MUCHAS VECES | 3 | 9 | 8 | 8 | 5 | 5 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| TO- -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO II
 Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO II
 Puntaje 2 : GRUPO II VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 8.- " Tengo molestias de constipación ".

| | Grupo I A.A. BEBOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| MUY POCAS VECES | 1 | 62 | 62 | 72 | 72 | 57 | 57 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 23 | 23 | 24 | 24 | 32 | 32 |
| MUCHAS VECES | 3 | 13 | 13 | 3 | 3 | 6 | 6 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < 0.05$:

Puntaje 1 : GRUPO II VS. GRUPO III

Puntaje 3 : GRUPO I VS. GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

110

EXERCITIA 9.- " El corazón no late más aprisa que de costumbre."

| | Grupo I A.A. BEBES DE 6 BEBES | | Grupo II A.A. 1948 DE 6 BEBES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| MUY POCAS VECES | 1 | 60 | 72 | 72 | 63 | 63 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 31 | 22 | 22 | 32 | 32 |
| MUCHAS VECES | 3 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

MUESTRA 10.- "Ha caído sin hacer nada".

| | Grupo I A.A. 1948 DE 6 MESES | | Grupo II A.A. 1948 DE 6 MESES | | Grupo III SUIZOS CONTROL | | |
|------------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| MUY BUCAS VECES | 1 | 47 | 47 | 55 | 55 | 61 | 61 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 30 | 30 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| PUCAS VECES | 3 | 14 | 14 | 13 | 13 | 7 | 7 |
| NO EL TIEMPO | 4 | 9 | 9 | 4 | 4 | 6 | 6 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Punto c 1 : GRUPO I VS GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 11.- "Tengo la mente tan clara como antes."

| | Grupo I A.A. MESES DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TUDO EL TIEMPO | 1 | 20 | 20 | 27 | 27 | 34 | 34 |
| MUCHAS VECES | 2 | 32 | 32 | 28 | 28 | 29 | 29 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 25 | 25 | 27 | 27 | 16 | 16 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 23 | 23 | 18 | 18 | 21 | 21 |
| TO- -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPENDENCIA

115

ENCUESTA 12.- "No resulta fácil hacer las cosas que acostumbro."

| | Grupo I A.A. DEBES DE 0 A 100 | | Grupo II A.A. DEBES DE 0 A 100 | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|----------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| TRABAJA MUCHAS VECES | 1 | 39 | 39 | 32 | 47 | 47 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 24 | 24 | 22 | 25 | 25 |
| POCAS VECES | 3 | 30 | 30 | 10 | 17 | 17 |
| NUNCA VECES | 4 | 7 | 7 | 21 | 11 | 11 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

- Puntaje 1 : GRUPO II VS. GRUPO III
 Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO II
 Puntaje 3 : GRUPO I VS. GRUPO III
 Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

114

PREGUNTA 13.- " Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto."

8

POCAS
VECES

ALGUNAS
VECES

MUCHAS
VECES

TODO
EL TIEMPO

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|-------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 39 | 39 | 40 | 40 | 45 | 45 |
| 2 | 35 | 35 | 38 | 38 | 37 | 37 |
| 3 | 17 | 17 | 10 | 10 | 12 | 12 |
| 4 | 9 | 9 | 4 | 4 | 6 | 6 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 3 : GRUPO I VS. GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 14.- "Tengo esperanza en el futuro."

| | Grupo I A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-----------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TUDO EL TIEMPO | 1 | 68 | 68 | 70 | 70 | 71 | 71 |
| MUCHAS VECES | 2 | 14 | 14 | 11 | 11 | 13 | 13 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 11 | 11 | 9 | 9 | 10 | 10 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 7 | 7 | 10 | 10 | 6 | 6 |
| T - -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 15.- " ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL."

| | Grupo I A.A. MEJOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N. | % | N | % | N | % | |
| MUY POCAS VECES | 1 | 49 | 49 | 64 | 64 | 52 | 52 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 36 | 36 | 24 | 24 | 32 | 32 |
| MUCHAS VECES | 3 | 13 | 13 | 7 | 7 | 12 | 12 |
| TODC EL TIEMPO | 4 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| TO- -TAL | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 1 : GRUPO I VS. GRUPO II

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 16.- " No resulta fácil tomar decisiones."

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TODO EL TIEMPO | 1 | 24 | 24 | 27 | 27 | 16 | 16 |
| MUCHAS VECES | 2 | 20 | 20 | 26 | 26 | 33 | 33 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 35 | 35 | 27 | 27 | 39 | 39 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 21 | 21 | 20 | 20 | 12 | 12 |
| TU- -TAL | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 17.- " Siento que soy útil y necesario."

| | Grupo I A.A. BEBID DE 6 MESES | | Grupo II A.A. 1AS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TODO EL TIEMPO | 1 | 51 | 51 | 54 | 54 | 44 | 44 |
| MUCHAS VECES | 2 | 16 | 16 | 11 | 11 | 33 | 33 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 27 | 27 | 22 | 22 | 18 | 18 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 6 | 6 | 13 | 13 | 5 | 5 |
| TO- -TAL | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 2 : GRUPO II VS. GRUPO III

Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 13.- " Mi vida tiene bastante interés."

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| TODA EL TIEMPO | 1 | 73 | 73 | 73 | 61 | 61 |
| MUCHAS VECES | 2 | 12 | 14 | 14 | 24 | 24 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| TOT- -TAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DERECCION

PREGUNTA 19.- "Creo que les haría un favor a los demás muriéndome."

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|-----------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| MUY POCAS VECES | 1 | 78 | 92 | 92 | 93 | 93 |
| ALGUNAS VECES | 2 | 15 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| MUCHAS VECES | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| TODO EL TIEMPO | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

Puntaje 2 : GRUPO I VS. GRUPO III

Puntaje 4 : GRUPO I VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

PREGUNTA 20.- " Todavía disfruto con las mismas cosas."

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| TODO EL TIEMPO | 1 | 36 | 36 | 45 | 45 | 36 | 36 |
| MUCHAS VECES | 2 | 24 | 24 | 16 | 16 | 22 | 22 |
| ALGUNAS VECES | 3 | 25 | 25 | 16 | 16 | 24 | 24 |
| MUY POCAS VECES | 4 | 15 | 15 | 23 | 23 | 18 | 18 |
| TOT- -TAL | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

TABLAS CONTENIENDO LOS RESULTADOS DE LA ESCALA ZUNG

(SERIE B) EN DONDE SE INCLUYEN SOLO LAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS TRES GRUPOS.

Esta Tabla es una variación obtenida agrupando los dos primeros puntajes de cada pregunta en uno solo: "ALGUNAS VECES", y los dos últimos también: "MUCHAS VECES". De esta manera, se globalizan las opciones del sujeto a las respuestas. Esto puede no ser totalmente válido ya que se puede argumentar que se trata de una opción diferente a la que pensaba dar originalmente el sujeto al contestar la Escala.

SERIE B

Dado que en esta serie, los puntajes se resumen sólo a dos y a que la $N=100$ para los tres grupos, las proporciones se presentarán resumidas, dándose la relación de diferencias significativas al final de dicha relación.

| | | GRUPO I | GRUPO II | GRUPO III | |
|------------|----|---------|----------|-----------|---------------|
| PREGUNTA 1 | P1 | 80 | 89 | 94 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 20 | 11 | 6 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 2 | P1 | 55 | 63 | 68 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 45 | 37 | 32 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 3 | P1 | 83 | 94 | 94 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 17 | 6 | 6 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 4 | P1 | 78 | 92 | 89 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 22 | 8 | 11 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 5 | P1 | 60 | 60 | 49 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 40 | 40 | 51 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 6 | P1 | 37 | 63 | 48 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 63 | 37 | 52 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 7 | P1 | 90 | 91 | 95 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 10 | 9 | 5 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 8 | P1 | 85 | 96 | 89 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 15 | 4 | 11 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 9 | P1 | 91 | 94 | 95 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 9 | 6 | 5 | MUCHAS VECES |

| | | GRUPO I | GRUPO II | GRUPO III | |
|-------------|----|---------|----------|-----------|-------------------------|
| PREGUNTA 10 | P1 | 77 | 83 | 87 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 23 | 17 | 13 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 11 | P1 | 52 | 55 | 63 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 48 | 45 | 37 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 12 | P1 | 63 | 61 | 72 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 37 | 39 | 28 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 13 | P1 | 74 | 86 | 82 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 26 | 14 | 18 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 14 | P1 | 82 | 81 | 84 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 18 | 19 | 16 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 15 | P1 | 85 | 88 | 84 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 15 | 12 | 16 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 16 | P1 | 44 | 53 | 49 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 56 | 47 | 51 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 17 | P1 | 67 | 65 | 77 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 33 | 35 | 23 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 18 | P1 | 85 | 87 | 85 | MUCHAS VECES |
| | P2 | 15 | 13 | 15 | ALGUNAS VECES |
| PREGUNTA 19 | P1 | 93 | 98 | 98 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 7 | 2 | 2 | MUCHAS VECES |
| PREGUNTA 20 | P1 | 60 | 61 | 58 | ALGUNAS VECES |
| | P2 | 40 | 39 | 42 | MUCHAS VECES |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

PREGUNTA 1 : GRUPO I VS. GRUPO III

PREGUNTA 8 : GRUPO I VS. GRUPO II

PREGUNTA 4 : GRUPO I VS. GRUPO II

PREGUNTA 13 : GRUPO I VS. GRUPO II

PREGUNTA 6 : GRUPO I VS. GRUPO II

GRUPO II VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

TABLAS CONTENIENDO LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO
DE DATOS PERSONALES DONDE SE INCLUYEN SOLO LAS
DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS ENTRE LOS
TRES GRUPOS.

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

ESCOLARIDAD

| | Grupo I A.A. HEBES DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| ANALFABETA | 20 | 20 | 11 | 11 | 7 | 7 |
| PRIMARIA | 43 | 43 | 39 | 39 | 18 | 18 |
| CARRERA TECNICA O SECUNDARIA | 16 | 16 | 24 | 24 | 21 | 21 |
| BACHILLERATO O MAS | 11 | 11 | 26 | 26 | 54 | 54 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

ANALFABETA : GRUPO I VS. GRUPO II
GRUPO I VS. GRUPO III

BACHILLERATO O MAS : GRUPO I VS. GRUPO II
GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

PRIMARIA : GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

EDAD

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJITOS CONTROL | |
|------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| 19 O MENOS | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| 20 A 29 | 25 | 25 | 23 | 23 | 42 | 42 |
| 30 A 39 | 36 | 36 | 36 | 36 | 21 | 21 |
| 40 O MAS | 39 | 39 | 36 | 36 | 33 | 33 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

20 A 29 AÑOS : GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

30 A 39 AÑOS : GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

ESTADO CIVIL

| | Grupo I A.A. MENOS DE 6 MESES | | Grupo II A.A. MAS DE 6 MESES | | Grupo III SUJETOS CONTROL | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| SOLTEROS | 34 | 34 | 34 | 34 | 44 | 44 |
| CASADOS | 43 | 43 | 45 | 45 | 49 | 49 |
| DIVORCIADOS VIUDOS Y SEPARADOS | 17 | 17 | 12 | 12 | 4 | 4 |
| UNION LIBRE | 6 | 6 | 9 | 9 | 3 | 3 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

DIVORCIADOS : GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

ALCOHOLISMO Y DEPRESION

INGRESOS

Grupo I
A.A. MENOS
DE 6 MESES

Grupo II
A.A. MAS
DE 6 MESES

Grupo III
SUJETOS
CONTROL

| | N | % | N | % | N | % |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| SIN INGRESOS | 45 | 45 | 46 | 46 | 28 | 28 |
| SALARIO MINIMO O MENOS | 28 | 28 | 10 | 10 | 27 | 27 |
| HASTA \$ 25,000.00 | 18 | 18 | 22 | 22 | 26 | 26 |
| MAS DE \$ 25,000.00 | 9 | 9 | 22 | 22 | 19 | 19 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

RELACIONES CON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE $P < .05$:

SIN INGRESOS: GRUPO I VS. GRUPO III
GRUPO II VS. GRUPO III

MAS DE \$ 25,000.00 : GRUPO I VS. GRUPO III

SALARIO MINIMO : GRUPO I VS. GRUPO II
GRUPO II VS. GRUPO III

PREGUNTA No. 1.- "Me siento abatido y melancólico".

Con lo que respecta a esta pregunta vemos que en la serie A donde se conserva el sistema de puntuación original de Zung, la diferencia es notoria en el puntaje 1, siendo significativa entre los grupos I VS. II. Así, observamos que, de acuerdo con la hipótesis No. 1, hubo más sujetos del Grupo II que optaron por una frase(u opción) menos depresiva que los sujetos del Grupo I, denotando así una tendencia más depresiva por parte de éstos, al menos en esta pregunta y en este puntaje.

En el puntaje 2 se observa una diferencia significativa entre los grupos I VS. II, apoyando así la hipótesis No. 1, así como en la serie H. En este mismo puntaje 2, se observa una diferencia significativa entre los grupos II VS. III, lo cual apoya la hipótesis No. 3.

En el puntaje 4, los grupos I y III se diferencian significativamente en la serie A, observándose una disminución del nivel de depresión conforme se avanza de izquierda a derecha, es decir de los sujetos con menos de 6 meses en AA, luego los que tienen más de 6 meses en AA, hasta llegar a los sujetos control. De ésta manera, en éste puntaje 4 de la serie A, se compareba significativamente la 2ª. hipótesis.

Con ésta muestra se verifica la utilidad de ésta pregunta para diferenciar en cuanto a niveles de depresión entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos con poco tiempo de tratamiento y alcohólicos con más tiempo de tratamiento.

PREGUNTA No. 2.- "En la mañana me siento mejor".

Esta pregunta no evidenció ninguna diferencia significativa entre ninguno de los tres grupos, por lo que se puede afirmar que no diferenció niveles de depresión entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos y tampoco diferenció niveles de depresión entre alcohólicos con poco tiempo de tratamiento en AA y alcohólicos con más de 6 meses en AA.

Se puede concluir que, con esta muestra, ésta pregunta no tiene utilidad en

registrar diferencias en los niveles de depresión de estos tres grupos.

Si se puede observar una diferencia progresiva entre los tres grupos en las 2 series de Tablas, pero no son significativas.

PREGUNTA No. 3.- "Tengo accesos de llanto o deseos de llorar".

En el puntaje 1 de la serie A se observan dos diferencias significativas; la del grupo I VS. II, y la del I VS. III. En la relación del grupo I VS. III, la diferencia casi es el doble del error estándar, evidenciando que, con esta muestra la pregunta sirvió para diferenciar niveles de depresión entre alcohólicos con tratamiento en AA y sujetos no alcohólicos. Si bien, hay una contradicción en el mismo puntaje 1, ya que hay una ligera elevación de depresión del grupo III frente al grupo II, si bien no es significativa, explicándose esto por los riesgos que corren los sujetos no alcohólicos en experimentar estados de depresión. Lo anterior, dentro de las relaciones del puntaje 1 no invalida, en esta pregunta, ninguna hipótesis y sí sostiene la 3a.

En el mismo puntaje 1, la otra relación evidencia una diferencia significativa entre el Grupo I y el Grupo II, probando la 2a. hipótesis de este trabajo en el sentido de que los alcohólicos con más de 6 meses en AA, tendrán menores niveles de depresión que aquellos asistiendo con menos de 6 meses a AA.

En el otro extremo de la pregunta, en el puntaje 4, se vuelven a repetir estas diferencias significativas entre los mismos grupos, tal vez más por exclusión que por significancia.

No hay comprobación de las anteriores relaciones en la serie B, que implica respuestas más globalizadas. Sin embargo, la relación más discretizada en la serie A sostiene dichas diferencias significativas.

Se puede concluir por tanto, que esta pregunta apoya las hipótesis 1a. y 3a. en esta muestra.

PREGUNTA No. 4.- "Me cuesta trabajo dormir en la noche".

En el puntaje 1 de la serie A las diferencias entre el Grupo II y el III son

similitud a las anteriores 3 preguntas, es decir, una ligera elevación de la depresión de los sujetos control frente al grupo de alcohólicos con más de 6 meses en AA. Lo anterior no invalida la 3a. hipótesis, más bien la mantiene.

En el puntaje 3 de la misma serie A, se vuelve a confirmar lo predicho de la hipótesis 1. También se presenta una ligera elevación depresiva del grupo III respecto del grupo II, si bien no es significativa, al igual que las tres preguntas anteriores en, por lo menos, 3 de los 4 puntajes.

En la serie B, se encontró una diferencia significativa entre el grupo I y el grupo II, y no se encontró significancia en las diferencias de los puntajes de los grupos I y III.

Podemos afirmar que esta pregunta diferenció niveles de depresión en los sujetos, si bien falló en diferenciar dichos niveles entre sujetos alcohólicos y no alcohólicos.

PREGUNTA No. 5.- " Como igual que antes solía hacerlo."

En el puntaje 1 de la serie A los resultados nos sugieren que ninguna de las hipótesis tiene comprobación, e incluso aunque hay una ligera depresión del grupo I frente al grupo II, ésta no es significativa por lo que la hipótesis de trabajo No. 1 no tiene comprobación evidente en ésta muestra. En cambio, el grupo II y el grupo III muestran una diferencia significativa de los niveles de depresión en ésta pregunta y tomando como referencia una respuesta negativa a una pregunta con referencia fisiológica que se presenta en los estados depresivos como es la disminución del apetito. La relación evidencia que más sujetos del grupo II respondieron negativamente a ésta pregunta que los del grupo III, lo cual le resta validez a la hipótesis de trabajo No. 3.

Pese a que en la aplicación de casi la totalidad de los cuestionarios el entrevistador resolvía las dudas que se presentaban a todos y c/u de los entrevistados, ésta pregunta mostró cierta dificultad en su comprensión, y aun cuando el entrevistador la explicaba, no se tiene la certeza de que hubiera una comprensión cabal de la misma. La dificultad estribaba a veces en que relaciona-

-ban esta pregunta a la n anterior y señalaban que antes dormían peor o mejor, según el caso, o la referían a la ingesta de alcohol diciendo que antes tomaban y ahora no; también solían referirla a su estilo de vida, señalando en este caso que antes estaban muy desorientados y ahora no, etc. Base a lo anterior, se puede afirmar que dicha pregunta se comprendió en un 90%.

Por tanto, ésta pregunta puede no incluirse con seguridad en aquellas que han probado ayuda en diferenciar distintos niveles de depresión en éstas muestras.

PREGUNTA No. 6.- " Todavía disfruto de las relaciones sexuales."

En el puntaje 4 de la serie A, se encuentra una diferencia significativa entre el grupo I y el grupo II que se comprueba aún más radicalmente en la serie B, siendo en ésta la diferencia entre p y p' casi el doble del error estándar entre ambas. En ésta diferencia, los niveles de depresión más altos corresponden al grupo I, comprobándose así en ésta pregunta con esta muestra la hipótesis de trabajo No. 1.

La serie B nos dice también de una diferencia significativa entre el grupo II y el grupo III, en la que este grupo aparece con el puntaje más alto en depresión que el grupo II. Esta diferencia aparece en la serie A de una forma discreta y no significativa en los 4 puntajes, pero en la serie B se hace más notoria y significativa dicha diferencia, que no apoya así, la hipótesis de trabajo No. 3.

PREGUNTA No. 7.- " Noto que estoy perdiendo peso."

En esta pregunta el puntaje 1 de la serie A muestra una diferencia significativa entre el grupo I y el grupo II, que va de acuerdo con la hipótesis de trabajo No. 1, sin embargo, en el mismo puntaje vuelve a aparecer un ligero aumento en el nivel de depresión, de acuerdo a la respuesta de esta pregunta, por parte del grupo control frente al grupo II, lo cual, aunque no es significativa, sí se contrapona a lo esperado en la hipótesis de trabajo No. 3, si bien

no la invalida. El puntaje 2 de la misma serie muestra una sorpresiva diferencia del grupo I frente al grupo II, pero ahora en sentido inverso a la diferencia observada en el puntaje 1 de la misma serie, pues ahora, hubo más sujetos del grupo I que contestaron que algunas veces notaban estar perdiendo peso, que los sujetos del grupo II.

Por último, en el mismo puntaje 2 de la serie A, se evidencia ahora una diferencia significativa del grupo II frente al grupo III. En la serie B, ya globalizados los puntajes en solamente dos; algunas veces y muchas, los puntajes de los tres grupos aparecen como similares.

Antes de concluir sobre esta pregunta, cabe hacer notar que la presuposición de las respuestas a esta pregunta como un "muchas veces", o "todo el tiempo", evidencia un signo más para denotar depresión, se invalida en estos sujetos alcohólicos. Esto es porque hay que partir de que ellos están bajo un tipo de tratamiento para aliviar su problema de alcoholismo. Es decir, se consideran alcohólicos pero ya están en vías de rehabilitación la mayoría de ellos, especialmente los que tienen más de 6 meses en él, o sea, en AA. De aquí que la serie B aparezca los puntajes muy similares, sin diferencias significativas entre ellos.

Se visualiza que la hipótesis 3 se vio lograda, no así las hipótesis 1 y 2 debido muy probablemente a la significación de la pregunta para estas personas que, estando en AA muestran un progreso inmediato en el sentido fisiológico del comer regularmente la mayoría de ellos.

REGUNTA No. 8. "Tengo molestias de constipación."
en

Tenemos que el puntaje 1 aparece una diferencia significativa entre los grupos II y III, evidenciando con ello que en esta muestra y en esta pregunta, la hipótesis 3 no encontró aprobación.

En la misma serie A, en el puntaje 3 aparece una diferencia significativa entre el grupo I y el grupo II, indicando un nivel de depresión mayor en los alcohólicos asistentes con no más de 6 meses a AA, que aquellos alcohólicos asistentes a AA con más de 6 meses, lo cual es otra prueba más de la validez de

La hipótesis de trabajo No. 1. Esto se corrobora en la serie B, en donde vuelve a aparecer dicha diferencia significativa entre los grupos I y II.

En esta pregunta no aparece evidencia de la hipótesis No. 2 y en la serie B no aparece corroboración de la Hipótesis No. 1, pero sí hay apoyo para la hipótesis No. 3, ya que no se encontró en esta serie diferencia significativa entre el grupo control y el grupo de alcohólicos con más de 6 meses en AA.

PREGUNTA No. 9.- " El corazón me late más aprisa que de costumbre."

En esta pregunta no se encuentran diferencias significativas en los puntajes de los tres grupos en ninguna de las dos series.

De este modo, las hipótesis 2 y 1 no encuentran apoyo en esta muestra con esta pregunta. Pero la Hipótesis No. 3 sí encuentra evidencia al mostrar que el grupo control y los alcohólicos asistentes a AA con más de 6 meses tienen puntajes de depresión similares.

PREGUNTA No. 10.- " Me canso sin hacer nada."

En esta pregunta se encontró evidencia para las hipótesis 2 y 3. La hipótesis 2 tiene su evidencia en la diferencia significativa encontrada entre el grupo I y el grupo III, en donde el grupo I muestra más depresión que el grupo III. La evidencia para la hipótesis No. 3 se encuentra tanto en la serie A como en la serie B, al no mostrar los grupos II y III diferencias significativas en sus respectivos puntajes.

PREGUNTA No. 11.- " Tengo la mente tan clara como antes."

Los resultados de esta pregunta llevan a conclusiones similares a los surgidos en la anterior, ya que se encontró apoyo para las hipótesis 2 y 3.

La diferencia significativa en el puntaje 1 de la serie A, entre el grupo I y el grupo III, muestra que es en éste último grupo se encuentran los puntajes indicativos de una menor depresión que en el grupo I.

El apoyo para la hipótesis No. 3 lo encontramos en los puntajes de las series A y B, pues no se encuentran diferencias significativas entre los grupos II y III.

PREGUNTA 12 " Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro ".

En esta pregunta se evidencia una diferencia significativa entre el grupo II y el grupo III, en donde el primero aparece con niveles depresivos más altos que el segundo, negando así la hipótesis de trabajo No. 3. En los puntajes 3 y 4 de la misma serie A aparece una contradicción dadas las diferencias significativas entre ambos grupos, pero en sentido contrario.

Mientras que en el puntaje tres el grupo I aparece con mayores niveles depresivos que el grupo II, en el puntaje 4 de la misma serie el grupo I aparece como menos depresivo que el grupo II, lo cual hace que en la serie B dichos grupos no tengan diferencias significativas entre ellos, rechazando así la hipótesis de trabajo número 1.

Estas contradicciones en los puntajes 3 y 4 de la serie A, pueden explicarse en base al ritmo de recuperación de los alcohólicos en AA. Se ha observado que los alcohólicos en AA pueden tener una recuperación muy rápida de su problema alcohólico. Pero si no son constantes en su programa de recuperación, pueden recaer otra vez en la ingesta de alcohol y presentar por ello, una elevación de los sentimientos de culpa y desesperanza, esto es, depresión. Ello puede explicar en parte, que en el puntaje 3 de la serie A, los alcohólicos con más de seis meses en AA aparezcan como más depresivos que los alcohólicos que tienen menos de seis meses en AA. Este es el caso de algunos alcohólicos. En el caso de otros alcohólicos, pueden seguir un curso más cauteloso en sus recuperaciones y más constantes, por ello aparecen en el puntaje 4, más sujetos con menores niveles de depresión en el grupo 2 que los sujetos que tienen menos de seis meses en AA.

En el puntaje 3 de la serie A aparece una diferencia significativa entre el grupo 1 y 3, lo cual es una evidencia para la hipótesis número 2 en esta muestra.

PREGUNTA 13 "Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto".

En la serie A aparece en el puntaje 3 una diferencia significativa entre los grupos 1 y 2, al igual que en la serie B, lo cual comprueba en esta muestra la hipótesis de trabajo número 1, en el sentido de que al asistir a AA constituye un factor de rehabilitación no sólo del alcoholismo, sino de resolución de algunos problemas personales, en este caso, estados de depresión.

PREGUNTA 14 "Tengo esperanza en el futuro".

En esta pregunta no aparece ninguna diferencia significativa entre los 3 grupos en ningún puntaje y en ninguna serie.

Por lo tanto, se comprueba por un lado, la hipótesis de trabajo número 3, tanto en la serie A como en la serie B.

Por otro lado, es interesante analizar estos resultados en el tipo de pregunta. En el caso de los alcohólicos que asisten a AA, se puede tomar como una pregunta que revela parte del énfasis en la rehabilitación en la persona no sólo en el sentido de dejar de beber, sino en relación con factores sicosociales que tienen mucho que ver con el problema del alcoholismo.

En el momento de aplicar los cuestionarios, y en esta pregunta en lo particular, los sujetos contestaban que no creían en el futuro, pero cuando se les instaba a responder de manera como siguen su programa, esto es, "por el día de hoy", entonces contestaban que sí, que sí tenían esperanza en el futuro, y se evidencia que el nivel de los puntajes es muy similar en los grupos 1 y 2, siendo explicable debido a que, desde el primer día se les recalca que sólo deben preocuparse por no beber "el día de hoy", y mañana regresarán con el grupo para seguir el mismo plan hasta su rehabilitación.

PREGUNTA 15 "Estoy más irritable de lo usual".

En esta pregunta es evidente la similitud de los puntajes obtenidos por los tres grupos, lo cual hace que la hipótesis 1 y 3 sean las que se encontra-

ron con aprobación.

La hipótesis número 1 encuentra dicha aprobación en la diferencia significativa encontrada en el puntaje 1 de la serie A, en donde el grupo 2 muestra menores niveles de depresión que el grupo 1.

Y los grupos 2 y 3 muestran una ligera diferencia en sus puntajes, que sin embargo, no es significativa, manteniendo así la hipótesis número 3.

FREGUNTA 16 "Me resulta fácil tomar decisiones".

En esta pregunta también encontramos evidencia de dos hipótesis pero - ahora son la número 2 y la número 3. Es en el puntaje 2 de la serie A donde encontramos una diferencia significativa entre el grupo 1 y el grupo 3, encontrándose este último con un nivel de depresión menor que el de los sujetos del grupo 1.

La comprobación de la hipótesis de trabajo número 3 la encontramos tanto en la serie A como en la serie B, lo cual corrobora que esta pregunta, en esta muestra, puede ayudar a diferenciar niveles de depresión diferentes entre un grupo de alcohólicos con menos de 6 meses en AA y un grupo de sujetos no alcohólicos.

FREGUNTA 17 "Siento que soy útil y necesario".

En el punto 2 de la serie A aparece una diferencia significativa entre el grupo 1 y el grupo 3, apareciendo éste último como menos depresivo que los sujetos del grupo 1, lo cual es un apoyo para la hipótesis número 2.

En el puntaje 2 de la serie A, aparece también una diferencia significativa entre el grupo 2 y el grupo 3, apareciendo igualmente menos depresivo el grupo control que el grupo 2, lo cual va contra la hipótesis número 3.

Se puede inferir por el tipo de respuesta y por lo observado en las sesiones de AA, así como lo expuesto en su literatura, que este tipo de actitudes -de utilidad del individuo-, se instiga, modela y refuerza en gran medida en AA, en especial la primera parte de la frase: "siento que soy útil....". Este énfasis

sis contenido en la primera parte de la pregunta, es compartido por lo que se dice en la segunda parte, pero en sentido inverso, o sea, se les instiga y re fuerza que ninguna persona es absolutamente necesaria para los demás, por lo tanto, el ser necesarios no es parte de las actitudes que se les modelen al alcohólico en AA, y así lo hicieron explícito; que sí se sentían útiles, pero no necesarios, pues nadie es indispensable, pero sí pueden ser útiles.

Un poco el origen de esta posición ante la actitud de no ser partidarios de que todos son indispensables, es que se partió de la idea de que el sujeto alcohólico ha llegado a AA, precisamente porque nada le había funcionado para alejarlo de la bebida: desde el jurar por una imagen que ya no iba a tomar, pasando por el jurar por su madre, por su familia, o por alguna otra cosa importante para el alcohólico, y nada le ha funcionado. Se les dice a los recién ingresados que sólo deben dejar de beber por algo que no han perdido, sea quien sea; la vida de ellos mismos, o lo poco que les quedara de ella. Es decir, que no se engañaran a sí mismos, pues la mayoría de ellos mismos ya ha perdido a sus padres, a sus hijos, a su esposa y demás familiares, que ahora sólo debían intentar dejar de beber por ellos mismos.

De ahí el énfasis de que en realidad no son tan indispensables como se creían cuando andaban en la bebida, que de todas maneras su esposa, sus hijos, sus padres, o cualquier otra persona que de ellos dependía económicamente -sobre todo-, ya habían encontrado como mantenerse sin él, pues no representaba nada el que el alcohólico los mantuviera sólo unos cuantos días o semanas, pues el tiempo restante se perdía en la bebida.

Por otro lado, en la serie B ya aparecen los puntajes un poco más balanceados, más similares, encontrando así un apoyo para la hipótesis número 3.

PREGUNTA 18 "Mi vida tiene bastante interés".

En el puntaje 2 de la serie A, aparece una diferencia significativa en

-tre los grupos II y III, ni en la serie A ni en la serie B, lo cual avala la hipótesis de trabajo No. 3.

Los resultados de esta pregunta en estas muestras avalan que los sujetos no alcohólicos mostraron menos depresión que los sujetos asistentes a AA con no más de 6 meses, y que los alcohólicos asistentes a AA con más de 6 meses mostraron niveles de depresión similares a los de los sujetos no alcohólicos.

PREGUNTA No. 19.- "Creo que les haría un favor a los demás mariéndome".

En los puntajes 2 y 4 de la serie A, aparecen diferencias significativas entre el grupo I y el grupo III, evidenciando éste último menores niveles de depresión que el grupo I, apoyando así la hipótesis de trabajo No. 2.

La ausencia de diferencias significativas entre el grupo II y el grupo III evidencian apoyo para la hipótesis de trabajo No. 3, en ésta pregunta y en estas muestras.

PREGUNTA No. 20.- "Todavía disfruto con las mismas cosas".

Pese a que hay algunas diferencias entre los grupos en los cuatro puntajes, no llegan a ser significativas, aunque como aquellas halladas en el puntaje 1 de la serie A, entre el grupo II y el grupo III, muestran al primer grupo como menos depresivo que el grupo III, aprobando así la hipótesis de trabajo No. 3.

Así, la hipótesis de trabajo No. 1 y No. 3 no encontraron apoyo.

Resumiendo lo anterior, presentamos la Relación de evidencias encontradas para las hipótesis de trabajo basadas en las diferencias significativas de las proporciones, así como la especificación de las preguntas y opciones donde se dan dichas evidencias:

HIPOTESIS No. 1 : 16 correlaciones de evidencia en las siguientes preguntas; 1(en opciones o puntajes 1 y 2), 3(en puntajes 1 y 4), 4(en puntajes 1 y 3 y en la serie B), 6(y en serie B), 7, 8, 12, 13, 8(en serie B), 13(en serie B), y 15.

HIPOTESIS No. 2 : 14 correlaciones de evidencia en las siguientes preguntas; 1(y serie B), 3(en puntajes 1 y 4), 4, 5, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19(en puntajes 2 y 4).

HIPOTESIS No. 3 : 13 correlaciones de evidencia en las siguientes preguntas;
2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19 y 20.

También se presenta la relación de evidencias de rechazo de las hipótesis,
de acuerdo a las diferencias significativas entre los grupos:

HIPOTESIS No. 1 : 2 evidencias de rechazo en las preguntas;

7(en el puntaje 2) y 12(en el puntaje 4).

HIPOTESIS No. 2 : 0 evidencias de rechazo significativo.

HIPOTESIS No. 3 : 7 evidencias de rechazo significativo en las siguientes preguntas;

1, 5, 6(en la serie B), 7, 8, 12, y 17.

CONCLUSIONES

Este estudio pretendió investigar si las acciones de AA hacia el sujeto alcohólico son efectivas no sólo para alejarlo de la bebida, sino para ayudarlo a solucionar también determinadas problemáticas personales, en particular psicológicas, y en específico, la depresión, cuantificada por la Escala Zung.

El factor de la permanencia en AA (más de 6 meses y menos de 6 meses) se determinó en base a la información del propio sujeto entrevistado, confirmando en la mayoría de los casos con otros miembros del mismo grupo y, como se había mencionado anteriormente el Grupo con menos de 6 meses en AA asiste un promedio de 6 días a la semana, y el Grupo con más de 6 meses en AA asiste un promedio de 5 días a la semana.

Por otro lado, se planteó identificar cuantitativamente la depresión en los tres grupos estudiados. Es decir, que no se pretendió diagnosticar la depresión de manera que, cualitativamente se pudieran hacer afirmaciones tajantes de que se trataba, por ejemplo, de una depresión psicótica.

Se está conciente de que los estados depresivos- como los detectados por la Escala Zung-, son causados por determinados factores. Considerando la depresión como una neurosis y recordando las concepciones de Mc. Kinnon y Michels (1973) de que la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común, podemos considerar que, efectivamente la depresión debe tener un seguimiento lo suficientemente válido para recomendar un tipo determinado de tratamiento de la misma. Además, este seguimiento se refiere particularmente al análisis de los factores que incluyen en este trastorno, es decir, tanto estudios prospectivos como retrospectivos.

Por otro lado, la depresión se manifiesta tanto por períodos cortos como en períodos largos. Wolpe (1958) considera la depresión como un estado normal cuando la persona ha sufrido una pérdida o privación grave, y dicho estado transitorio lo es cuando, conforme nuevos objetos de necesidad o deseo suplantán a lo que se perdió. La depresión que se considera patológica o neurótica es evidente cuando no

sirve para restaurar la función adaptativa, cuando es excesivamente grande o demasiado larga en relación a la pérdida que la causó.

De este modo, es importante determinar si una depresión es simplemente un estado transitorio mientras el sujeto se repone de la pérdida que causó su estado depresivo, o si dicho estado ya ha sido demasiado largo o exageradamente intenso respecto a lo que lo causó. Sin desdeñar la importancia de lo anterior, el caso particular de los alcohólicos implica, por lo observado personalmente y por las diversas investigaciones hechas sobre ellos en relación a la depresión y a otros trastornos psicosociales, que su alcoholismo y los trastornos de este tipo que presente, están en íntima relación independiente. Esto puede significar que, al disminuir su ingesta de alcohol en un nivel tal que ya no le cause problemas en su conducta, su personalidad, y en relación con su medio circundante, pueda observarse que sus niveles de depresión disminuyen significativa y progresivamente conforme se hace estable su adherencia a programas o formas de vida que le hagan alejarse del alcohol, como es el caso de los alcohólicos asistentes a AA, vistos en este estudio.

En este sentido, este estudio no pretendió detectar los factores psicodinámicos presentes en la rehabilitación del alcohólico que asiste a AA. Lo que sí se planteó fue investigar los resultados de dichas acciones de, y en AA hacia el individuo alcohólico no sólo para que disminuya su ingesta de alcohol, sino para que resuelva problemáticas personales, específicamente la depresión.

Así, la disminución de los niveles de depresión fue detectada por la Escala Zung, en este estudio, de acuerdo a los resultados observados; esto es congruente con la misma idea de Zung(1965) al construir su escala, esto es, que fuera un instrumento que permitiera detectar cuantitativamente estados depresivos. Esta utilidad la confirmó Carrol y col(1973) y Keeler y col(1979) de que el Zung tiene la habilidad para medir cambios depresivos dentro del individuo. Esta habilidad para medir cambios depresivos fue vista en este estudio pero en dos muestras de indi-

-dividuos (Grupo I y Grupo II), con diferentes tiempos de permanencia.

Hubiera sido de interés evaluar los estados depresivos durante el tiempo (esto es, en uno, dos, tres, etc., meses) a los mismos individuos alcohólicos asistentes a AA con la Escala Zung, para confirmar lo anterior.

Volviendo al aspecto de los factores determinantes de la depresión, Morrison(1975) y Freed E.(1970), señalan que existe un enmascaramiento de los síntomas afectivos por el mismo problema del alcoholismo, sin embargo, tanto la depresión, específicamente, como la anomia, entre otros trastornos, se ha encontrado que se desarrollan concomitantemente con el problema del alcoholismo.

Debemos aceptar, sin embargo, la individualidad de la persona para que presente en un momento determinado el problema del alcoholismo, y con él, la aparición de otros trastornos psicosociales. Campa(1975) y Murray Bowen(1976) señalan los factores que intervienen en este nivel psicosocial para la aparición del problema del alcoholismo. Campa afirma que no existe el enfermo alcohólico enclavado en el seno de una familia más o menos normal, más bien lo que se propone y es más aceptable como un factor explicativo del fenómeno alcohólico es la existencia de familias enfermas o muy

neurotizadas, en el seno de las cuales se da el acontecer existencial de un enfermo alcohólico. De hecho, podemos visualizar dos aconteceres con una frecuencia similar; una, en el que la familia esté enferma o neuritizada en función y como consecuencia del alcoholismo de un miembro de la misma, y otra, es la naturaleza o estructura psicopatológica de la familia la que condiciona la toxicomanía del individuo, lo cual provoca una mayor desintegración psicológica de la misma.

En la concepción de los sistemas familiares de Murray Bowen, ésta problema significaría una disfunción existente en el desbalance en el funcionamiento del sistema total de la familia. Teóricamente, cualquier miembro importante de la familia juega un papel o una parte en la disfunción del miembro disfuncional. La terapia pertinente dentro del sistema de la familia es dirigida al miembro o miembros familiares con los mayores recursos, quienes tienen el mayor potencial para modificar su propio funcionamiento!

La terapia recibida en AA es centrada en el alcohólico y su problema de alcoholismo. Pero además de trabajar sobre su problema original que lo llevó allí, el alcohólico entra en un proceso continuo y progresivo de autoanálisis y autocorrección, derivado de su rehabilitación del alcoholismo hacia sus problemáticas personales, familiares y sociales en general. Es así que el alcohólico va modificando y/o aprendiendo conductas que le permitan vivir sin el alcohol y a enfrentarse a algunos problemas de las índoles descritas.

Reconociendo el papel de la familia o de personas importantes allegadas al alcohólico, es que se fundó los AL-ANON, es decir, la intervención de los familiares o allegados al alcohólico para participar de su rehabilitación.

Esto no es otra cosa que el reconocimiento empírico por parte de AA de que la familia juega un papel determinante en la causalidad, mantenimiento y solución del problema de alcoholismo, y que la modificación de conductas, actitudes y concepciones de dichos miembros allegados al alcohólico va a garantizar su rehabilitación de una manera más probable y permanente.

Además del vínculo original que une al alcohólico con la familia por los lazos típicos de este grupo, también recibe \pm explicación la importancia de éste, si observamos que el ser humano \pm desenvuelve su vida, su devenir existencial, en grupos.

Si bien es verdad que los diversos grupos en los cuales vive su experiencia pre-alcohólica pueden influir, y de hecho influyan como factor etiológico o coadyuvante de su toxicomanía, también es cierto que cuando el hombre bebedor se convierte en un alcohólico, va paulatinamente desgajándose de la convivencia en estos grupos. Primero suele romper con el grupo familiar, más adelante con el laboral y posteriormente se desequilibra socialmente.

Es significativo pues, el hecho de que AA sea un grupo, en el seno del cual se da la rehabilitación de muchos alcohólicos.

Visto así la importancia de los factores psicosociales, D.H.E.W.(1972) revisado en el Capítulo IV nos señala más elementos psicosociales que ayudan a entender la etiología del alcoholismo en algunos sujetos.

Todos estos factores y procesos descritos tienen una presencia variable, tal vez, en esta muestra dada su heterogeneidad implícita en su desarrollo personal, es decir ~~en~~ a lo largo de su vida.

Se puede ver que en esta investigación realizada en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, y de acuerdo con los resultados y correlaciones hechas, así como a la relación de evidencias presentadas por estas correlaciones para las hipótesis de trabajo, la Escala de Auto-Medición de Zung sirvió para diferenciar niveles de depresión entre alcohólicos con menor tiempo de tratamiento en AA respecto a los que tienen más tiempo del mismo.

También diferenció los niveles de depresión entre alcohólicos asistentes a AA y no alcohólicos como se observa en el análisis de cada pregunta.

La escala demuestra así la utilidad para medir estados depresivos entre alcohólicos y no alcohólicos, evidenciando así, en esta muestra, que sí hay una correlación positiva entre el tiempo de permanencia en AA \pm niveles menores de depresión en alcohólicos.

CAPITULO X

ALCANCES Y LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Podemos señalar primeramente que la muestra adoleció de cierta heterogeneidad en cuanto a las variables de Escolaridad, Edad, Sexo, Estado Civil e Ingresos. Sin embargo, las diferencias significativas entre los dos grupos experimentales se reducen a una porción muy reducida si tomamos en cuenta los porcentajes más elevados de la población estudiada dentro de las subdivisiones de cada variable.

Por ejemplo, en la variable de Escolaridad, la Tabla correspondiente nos señala que el nivel primario es donde hay la mayor concentración de los sujetos de los tres grupos, pudiendo tomarse como significativa la ausencia de una diferencia entre los porcentajes presentes de los grupos, sobre todo entre el I y el II.

Asimismo, en la variable Edad, los rangos de 30 a 39 años y de 40 o más, reúnen en ellos a la mayoría de la población de los tres grupos, encontrándose una ausencia total de diferencias significativas entre los tres grupos en el segundo rango. Y aunque en el rango de 30 a 39 años sí hay diferencias significativas, éstas no se encuentran en entre el grupo I y el grupo II.

En la variable de Estado Civil se encuentra más homogeneidad, hallándose una ausencia total de diferencias significativas entre el grupo I y el grupo II. Las diferencias significativas existentes en esta variable se presentan en la subdivisión de divorciados, viudos y separados, siendo esta subdivisión la que contiene una proporción mínima de la población en los tres grupos.

Finalmente, en la variable Ingresos, se encuentran varias diferencias significativas entre porcentajes de los tres grupos, pero en las subdivisiones de Sin Ingresos y Salario Mínimo o menos, que reúnen a la mayoría de la

población de los tres grupos, no hay una ausencia significativa entre el grupo I y el grupo II,

Lo anterior, no quiere decir que las diferencias encontradas entre el grupo I y II, y el grupo I y III, y el grupo II VS. III, invalidan las hipótesis de trabajo planteadas en esta investigación. Sí conllevan una limitación a este estudio pues dejan abierto un margen para pensar que ésta heterogeneidad hace menos precisas las conclusiones obtenidas en este estudio.

Se reconoce esta posibilidad y se retoma la experiencia para estudios posteriores que vayan en la línea de encontrar las posibles relaciones de alcohólicos y estados depresivos, que estén en función del tiempo de permanencia en un programa de tratamiento determinado, o pretendan evaluar precisamente un determinado tratamiento.

Otra limitación de este estudio es la que proviene del hecho de considerar un determinado instrumento para medir estados depresivos. En este caso particular, la Escala Zung tiene ya referencias de su uso en alcohólicos con resultados positivos en la casi totalidad de las veces. Sin embargo, se han hecho observaciones sobre ella consistentes en el probable mayor peso que le da a los aspectos fisiológicos de la depresión. Se acepta esta característica que más que limitación, sería precisamente una característica particular, a cambio de su brevedad, su auto-aplicación y el valor de dar a conocer de inmediato las respuestas al propio sujeto.

Un logro de esta investigación reside en el hecho de reconocer que AA es una alternativa de rehabilitación efectiva para el alcohólico, dadas las diferencias encontradas entre los dos grupos de alcohólicos y los sujetos control, consistentes en una disminución de los niveles de depresión en dichos sujetos, conforme se hace más grande su permanencia en AA. Por suiste que existe el riesgo de recaídas en los sujetos, pero éste es un riesgo de cualquier sistema de tratamiento, dependiendo además de varios factores psico-

-sociales, como ya se indicó.

También está el hecho de que hay variabilidad en cuanto a la consistencia de la disminución progresiva de la depresión en sujetos alcohólicos de acuerdo a su tiempo de permanencia en AA. Esto también depende del ritmo de aprensión y aprendizaje del sujeto alcohólico de conductas, actitudes y pensamientos relacionados con su rehabilitación.

Pero en lo general, se observa una constante en el mejoramiento de la personalidad de los alcohólicos, principalmente en cuanto a la disminución de los niveles depresivos, en una relación constante con su tiempo de permanencia en AA.

Se espera que el presente estudio sirva para la planeación y ejecución en un nivel superado en cuanto a la homogeneidad de las variables de los sujetos.

Así también podría servir para que se tomara en cuenta el papel de AA en la rehabilitación del alcohólico y se lleven a cabo actividades integradas con diferentes disciplinas encargadas de la salud y desarrollo personal de los sujetos, así como las correspondientes intervenciones institucionales en torno a lo anterior.

Esto cumpliría los objetivos de Investigación y de Servicio, como fueron las intenciones de este estudio. Dichos objetivos se lograron en los niveles previstos y fijados, es decir, una canalización de aquellos sujetos que consideraran necesario para ellos los servicios adicionales - a AA-, para su mejor y más rápida rehabilitación psicológico-física y social. Dicha canalización fue hacia Centros de Salud de la SSA cercanos a los centros de AA correspondientes.

La función de Investigación se cumplió al probarse las hipótesis de trabajo, lo cual implica la ampliación del campo de acción del psicólogo al abordar problemas como el alcoholismo, y la posibilidad de trabajar

con los mismos grupos de AA y con otros profesionales relacionados con la salud en general.

Una limitación más de este estudio es el hecho de haber dispuesto de una Bibliografía mayormente de origen extranacional quedando por tanto, para estudios posteriores una mayor utilización de Bibliografía nacional, incluyendo el presente estudio.

- 1.- Shaw A. Jon, Donley Patrick, Morgan Donald W. and Robinson James A.: Treatment of Depression in alcoholics. *Am. J. Psychiatry*. 132:6. June. 1975.
- 2.- Hill H.E. Maertzen and Doris H.: An IITP factors analytic study of alcoholics, narcotic addicts and criminals. *Quant. J. Stud. Alc.* 23:411-431. 1962.
- 3.- Horn J.L., Wenberg K.W. and Appel H.: On the internal structure of the IITP. *Multivar. Behav. Res.* Ft. Worth. 8:151-171. 1973.
- 4.- Rafael Velasco Fernández: Definiciones, causas y alcances del problema del alcoholismo. En: Armando Javier Guerra Guerra; *El alcoholismo en México*. Fondo de Cultura Económica. 1974.
- 5.- Kenneth L. Dean and George Karasievich: Psychological Test Results at Three Stages of Inpatient Alcoholism Treatment. *J. Stud. Alc.* Vol. 30:7. 1975.
- 6.- Blane H.T.: *The personality of the alcoholics; Guises of dependency*. New York, Harper and Row. 1968.
- 7.- McCord W. and McCord J.: *Origins of alcoholism*. Stanford, Calif. Stanford University Press. 1960.
- 8.- Robins L.: *Deviant children grow-up*. Baltimore Williams and Wilkin Co. 1968.
- 9.- Jones H.C.: Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J. Consult. Clin. Psychol.* 32:8-12. 1968.
- 10.- Hamdier M.L., Hoffman H., Lopez R.C.: Personality characteristics of alcoholics as college freshmen and at time of treatment. *Q.J. Stud. Alc.* 34:396-399. 1973.
- 11.- George E. Vaillant: Natural History of Male Psychological Health: VIII. Antecedents of alcoholism and "morality". *Am. J. Psychiat.* 137:2. Feb. 1980.
- 12.- Connor R.G.: The self-concept of alcoholics. Pp. 455-467. En: Wittman D.J. and Snyder C.A., eds. *Society, culture and drinking patterns*. New York, Wiley, 1968.

- 13.- McCord W. and McCord J.: A longitudinal study of the personality of alcoholics. Pp. 413-430. In: Pittman D.J. and Snyder C.R., eds. Society, culture and drinking patterns. New York; Wiley. 1962.
- 14.- Jessor R., Graves T.D., Hanson R.C. and Jessor S.L.: Society, personality and deviant behavior. New York; Holt, Rinehart and Winston; 1968.
- 15.- Snyder C.R.: Inebriety, alcoholism and anomie. Pp. 189-212. In: Clinard M.B., ed. Anomie and deviant behavior. New York; Free Press; 1964.
- 16.- Roebuck J.B. and Kessler R.G.: The etiology of alcoholism. Springfield, IL; Thomas, 1972.
- 17.- McClosky H. and Schaar J.H. Psychological dimensions of anomie. Amer. Sociol. Rev. 30: 14-40, 1965.
- 18.- Phillips L.A.: A study of the relationship between anomie and alcoholism, M.A. dissertation, Oklahoma State University; 1967.
- 19.- Jellinek E.M.: The disease concept of alcoholism. Highland Park, NJ: Hill-house Press; 1960.
- 20.- McGee R.: Social disorganization in America. San Francisco; Chandler; 1960.
- 21.- Phillips A. Lorne: An application of Anomy Theory to the study of alcoholism. Journal of Studies on alcohol. Vol. 37. No. 1. 1976.
- 22.- Kinsey B.A. and Phillips L.: Evaluation of anomie as a predisposing or developmental factor in alcohol addiction. Quart. J. Stud Alc. 29:892-898 1968.
- 23.- Rule B.G. and Besier D.P.: Level of risk advocated by alcoholics. Psychol. Rep. 27:929-830, 1970.
- 24.-

- 25.- Murray S. Bowen: A family systems approach to alcoholism. E.U. 1978.
- 26.- J.M. González Campa: The family of the alcoholic. Fotoc. de Phronesis(19) Ep. 45-62. Mayo, 1975.
- 27.- Fox R., Behavioral Research, Therapeutic x Approaches: Alcoholism. Springer, New York, 1967.
- 28.- NCA/ANSA Position Statement Regarding Abstinence. National Council on Alcoholism, New York, September 16, 1974.
- 29.- Fred T. Davis: Abstinence; Goal for Rehabilitation. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 3(1), pp. 7-12. 1976.
- 30.- Edward Gottheil: Advantages and disadvantages of the Abstinence Goal in Alcoholism. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 3(1). pp. 13-23. 1976.
- 31.- Siegler M., Osmond H. and Newell S.: Models of alcoholism. Q.J. Stud Alcohol 29:571-591. 1968.
- 32.- Sobell M.B. and Sobell L.C.: Alternatives to abstinence; Time to acknowledge reality, Addictions 21:2-29. 1974.
- 33.- Bailey M.B. and Stewart J.: Normal drinking by persons reporting previous problem drinking. Q.J. Stud. Alcohol 28:305-315. 1967.
- 34.- Davies D.L.: Normal drinking in recovered alcoholic addicts. Q.J. Stud. Alcohol 23:94-104. 1962.
- 35.- Gerard D. and Saenger G.: Outpatient treatment of Alcoholism; A study of outcome and its determinants. University of Toronto. Press, Toronto, 1966.
- 36.- Kendell R.E.: Normal drinking by former alcoholic addicts. Q.J. Stud. Alcohol 26: 247-257. 1965.
- 37.- Pattison E.M.: et. al.: Abstinence and normal drinking: An assessment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment. Q.J. Stud. Alcohol 29: 610-633. 1968.
- 38.- Helle N.K. and Mendelson J.H.: Experimentally induced intoxication in alcoholics; A comparison between programmed and spontaneous drinking. J. Pharmacology Exp. Ther. 173:101-116. 1970.

- 39.- Keller M.: On the loss-of control phenomenon in alcoholism, Br.J. Addict. 67:153-156, 1972.
- 40.- Fenichel Otto: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Edit. Paidós, Argentina.
- 41.- Lawrence C. Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. Fransa Médica Mexicana, 5a. Edición, 1980(1a. Edición;1951).
- 42.- Yates A.J.: Terapia del Comportamiento. Edit. Trillas, México. 1973.
- 43.- Mendelson J.M. and Mello N.K.: Experimental analysis of drinking behavioral of chronic alcoholics. Annals of The New York Academy of Science. 133: 828-845. 1965.
- 44.- Nathan P.E.; Titler N.A.; Lowenstein L.M. Solomon P. and Rossi A.M.: Behavioral analysis of chronic alcoholism. Archives of General Psychiatry. 22:419-430. 1970.
- 45.- Nathan P.E. and non-alcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary precursor of behavior therapy?. Behavior Therapy. 2: 455-476. 1971.
- 46.- Gottheil et.al.: Alcoholic Patterns of controlled drinking. Am. J. Psychiat. 130:418-422, 1973.
- 47.- Skoloda T.E.: Treatment outcome in a drinking-decisions program. Q.J. Stud. Alcohol. 36:365-380. 1975.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO II

- 1.- Adis Castro Gonzalo: Alcoholismo y Enfermedad. Acta Psiquiátrica y Psico-lógica de América Latina, Buenos Aires. Vol. 12 pp. 345-350. Sept. 1966.
- 2.- Ebbe Curtis Hoff. En : Mayer Gross Clinical Psychiatry; Alcoholism Drugs, Addiction And other intoxication. 3a. Edition. Cap. VII. Belborri, London.
- 3.- James Morrison: Bipolar Affective Disorders in Alcoholism. Am. J. Psuchiat. 131:10. Oct. 1974.
- 4.- Chafetz y Demone. En: Armando Javier Guerra Guerra: El alcoholismo en México. F.C.E. Col. Archivo del Fondo, Num. 73, México. 1977.
- 5.- En: Adis Castro Gonzale : Idem.
- 6.- En : Pittman J. David: Alcoholismo; un enfoque interdisciplinario. Edit. Horme, Buenos Aires. Argentina. 1966.
- 7.- En : Jones Kenneth L. et.al.: Drugs and Alcohol. Edit. Harper & Flow Publishers, New York. 1969.
- 8.- De La Fuente Muñoz Ramón: Psicología Médica. Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1971.
- 9.- Marck A. Schuckit and George Winokur: A short term follow up of women al-coholics. Dis. of Nerv. Syst. 33(10): 672-678. Oct. 1972.
- 10.- Phillips A. Lorne: An application of Anomy Theroy to the study of al-coholicism. Journal of Studies on Alc. Vol. 37. No. 1. 1976.
- 11.- Chad D. Emrick: A review of Psychologicalall Oriented Treatment of Alcoholism. Bibl. Rev. Quart. J. Stud. Alcohol. 35:523-549. 1974.
- 12.- Edward E. Gross M. and Keller M.: Alcohol Res. Related Disabilities World Health Organization. Offset Publication No. 32, G-15. 1977.
- 13.- Edward E. Gross. Idem.
- 14.- Richard S. Bowman, Leonard I. Stein and Joseph R. Newton: Measurement and Interpretation of drinking behavior. E.U. 1975.

- 15.- George E. Vaillant: Natural History of Male Psychological Health: VIII. Antecedents of Alcoholism and "Orality". Am. J. Psychol. 137:2. Feb. 1980.
- 16.- Cahalan D., Cisin I.H. and Crossley H.M. : American drinking practices; a national study of drinking behavior and attitudes. New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969(Monograph No. 6).

- 1.- A.A. : 44 Preguntas y Respuestas acerca del Programa de Recuperación del Alcoholismo. Folleto de AA, México.
- 2.- AA y la Profesión Médica. Folleto de AA, México.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

CAPITULO IV

- 1.- Morris E. Gelfetz. *Liquor: The servant of Man.* 1965.
- 2.- Oscar René Cruz C. : *El alcohol y el alcoholismo.* Publicaciones Cruz. 1980. México.
- 3.- Alonso Abolafia Adela. *Alcoholismo como problema psicosocial.* Tesis UNAM. 1967. p. 7.
- 4.- Siegler M., Osmond H. and Newell J. : *Models of alcoholism.* Q.J. Stud Alcohol. 29 : 571-591. 1968.
- 5.- Goodwin D.H. *Alcoholism and heredity: A review and Hypothesis.* Arch. Gen. Psychiatry. 36: 57-61. 1979.
- 6.- Goodwin D.H., Schulsinger F., Hermansen L., et al.: *Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents.* Archive of General Psychiatry. 28:238-243, 1973.
- 7.- Goodwin D.H., Schulsinger F., Møller N. et al.: *Drinking problems in adopted and non adopted sons of alcoholics.* Arch. Gen. Psychiat. 31:164-169. 1974.
- 8.- // // , Knop J. et al.; *Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics.* Arch. Gen. Psychiat. 34:751-755. 1977.
- 9.- // : *Is alcoholism hereditary? A review and critique.* Archive. General Psychiatry. 25:545-549. 1971.
- 10.- Edward Gottheil. *Advantages and disadvantages of the Abstinence Goal in alcoholism.* Am. J. Drug Alcohol-Abuse 3(1) pp. 13-23. 1976.
- 11.- Helle H.K., and Mendelson J.H.: *A comparison between programmed and spontaneous drinking.* J. Pharmacol. Exp. Ther. 143:101-116. 1970.
- 12.- Gottheil et al.; *Fixed interval drinking decisions: II Drinking and discomfort in 25 alcoholics.* Q.J. Stud. Alcohol. 33:325-340. 1972.
- 13.- Skoloda T.E. et al. : *Treatment outcome in a drinking decisions program.* Q.J. Stud. Alcohol. 36: 365-380. 1975.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

- 14.- Chafetz Morris: Criteria for the diagnosis of alcoholism,
Am. J. of Psychiat. 129:- 2. August, 1972.
- 15.- Vaillant George A. Natural History of male Psychological Health.
: VIII. Antecedents of alcoholism and "Orality". American
Journal of Psychiat. 137:2 February 1980.
- 16.- Vaillant G.: Natural History of male psychological health: I The life c
cycle from 18-50 Semin. Psychiat. 4: 417-429. 1972.
- 17.- Lazare G., Klerman G.L. Armer D.J.: Oral obsessive, and hysterical persona-
-lity patterns. Arch. Gen. Psychiat. 14: 624-630. 1966.
- 18.- Kenneth L. Dean and George A. Narasievwick: Psychological Test Results at
Three Stages of inpatient alcoholism treatment. Jour. Stud. on Alcohol.
Vol. 36. No. 7. 1975.
- 19.- James R. Morrison. Bipolar affective disorders in alcoholism. American
J. Psychiat. 131: 10 octóber. 1974.
- 20.- Feighner J.H., Robins E., Guze S.D. et al.: Diagnostic criteria for use
in psychiatry 26: 57-62. 1972.
- 21.- Freed H.H.: Alcoholism and manic-depressive disorders. Q.J. Stud Alcohol
31: 62-69. 1970.
- 22.- Laurence C. Kolb y Arthur D. Hayes. Psiquiatría Clínica Moderna. L
La Ciencia Médica Mexicana. México. 1970.
- 23.- Joseph Wolpe: Psicoterapia por inhibición recíproca. MIT. Dando de
Borow, España. 1970.
- 24.- Fenberg. H. : On the manifestation of conditioned defensive reactions in
stress. Bull. Soc. Sci. Lettr. 3da Clase III. Sci. Math. Natur. 7:1.
- 25.- Schuckit Mark A. and Winokur George: A short term follow up of women
alcoholics. Disease of Nerv. Systems. 33(10): 672-678, october. 1972.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVILÉS

- 26.- Wheeler E.O. et al: Neurocirculatory Asthenia, J.A.M.A.
142: 878-888. 1952.
- 27.- Raymond Martorano : Mood and Social Perceptions in 4 alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 35: 445-457. 1974.
- 28.- Cappel H. and Herman C.E. Alcohol and tension reduction; a review
Quart. J. Stud. Alc. 33: 33-64, 1972.
- 29.- Hunt. G.M. and Azrin N.H.: A community-reinforcement approach to alcoholism
Behav. Res. Ther. , Oxford 11 : 91-104, 1973.
- 30.- Williams A.F. Social drinking, anxiety and depression. J. Personal. social
Psychol. 3:689-693, 1966.
- 31.- Mc Namee H.B., Helle N.K. and Mendelson J.H.: Experimental analysis of
drinking patterns of alcoholics; concurrent psychiatric observations. Amer.
J. Psychiat. 124: 1063-1069, 1968.
- 32.- Tamerin J.S. and Mendelson J.H.: The psychodynamics of chronic inebriations
; observations of alcoholics during the process of drinking in an experimental
group setting. Amer. J. Psychiat. 125:886-889, 1969.
- 33.- Tamerin J.S., Weiner S. and Mendelson J.H.: Alcoholics' expectancies
and recall of experiences during intoxication. Am. J. Psychiat. 126:1697---
-1704, 1970.
- 34.- Nathan P.E., Titler N.A., Lowenstein L.M., Solomon P. and Rossi A.M. Beha-
-vioral analysis of chronic alcoholism; interaction of alcohol and human
contact. Arch. Gen. Psychiat. 22: 418-430, 1970.
- 35.- Nathan P.E. and O'Brien J.S.: An experimental analysis of the behavior of
the alcoholics and non alcoholics during prolonged experimental drinking; a
necessary precursor of behavior therapy. Behav. Ther., N.Y. 2: 455-476, 1971.
- 36.- Ramon de la Fuente et al.: Alcoholism and drug abuse in México; Paper
prepared for presentation of AREF/WHO Seminar. Toronto, Ontario, Canada. Nov. 1977.
- 37.- Griffith Edwards, Elspeth Kyle and Peter Nichols. Alcoholics admitted to
four hospitals in England. Quart. J. Stud. Alc. 35: 449-522, 1974.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

- 38.- Rafael Velasco Fernández. En: G. Guerra y. Javier; El alcoholismo en México. F.C.E. México. 1977.
- 39.- Jellinek M.E. The disease concept of alcoholism. Highland Park N.J.; Hillhouse Press, 1960.
- 40.- J.C. Megrete : Cultural influences on social performance of alcoholics; a comparative study. Medicina Social, Sudamérica, 1974.
- 41.- Megrete J.C. Les attitudes envers le comportement des alcooliques; étude comparative dans trois sous-cultures québécoises. Toxicomanies, Québec 3: 193-212, 1970.
- 42.- Murphy H.D.M. and Leducq: quelques considérations sur le taux élevé de schizophrénie dans un type de communauté Canadienne-Francaise. Canad. Psychiat. Ass. 12 (Spec. No): 372-381, 1967.
- 43.- Margaret H. Bacon: The dependency-conflict hypothesis and the frequency of drunkenness. Quart. J. Stud. Alc. 25: 663-676, 1974.
- 44.- Medina-Vera M.R. y col.: El consumo de alcohol en la población del D.F. Revista Salud Pública de México. Vol. XIII. No. 3. Mayo-junio. 1970.
- 45.- Cahalan J., Cisin I.H. and Crossley H.M.: American drinking practices ; a national study of drinking behavior and attitudes. New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969 (Monograph No.6).
- 46.- J.M. González Garga: The family of the alcoholic. Chronosis (19). Mayo 1975. (19): 45-60. Spain.

CAPITULO V



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

1.- Fenichel Otto; Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Edit.

Paidós, Argentina.

2.- Mac Kinnin Roger y Michels Robert; Psiquiatría Clínica Aplicada.

Nueva Editorial Interamericana, 1973, México.

3.- Wolpe Joseph; Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Edit. Desde de Drove, España. 1978.

4.- Libet J.M. and Lewinsohn P.M.; Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1973. 40,304-312.

5.- Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. American Psychiatric Association. 1968.

6.- Grinker R.R. and col. (); The phenomena of depression. New York. Hoeber, 1964.

7.- Mendels; Concepts of Depression. New York, Wiley, 1970.

8.- Friedman A.S.; Minimal effects of severe depression on cognitive functioning. Journal of Abnormal and social psychology. 1964. 69, 237-243.

9.- Ullman L.D., And Krasner L. ; A psychological Approach to abnormal behavior. Prentice-Hall Inc. New Jersey. E.U.A. 1975.

10.- Wittenbor J.R. and Badly C.; The symptoms of involuntional psychosis. Journal of Consulting psychology. 1952. 16, 13-17.

11.- Field H.J.; Search for security; an ethnopsychiatric study of rural Ghana. Evanston. Ill. North western University Press. 1960.

12.- Volkart E.; Bereavement and mental health. In Alt. Leighton J.M. Clausen and R.H. Wilson, eds. Explorations in social psychiatry. New York Basic Books. 1957. 281-307.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

BIBLIOTECA CAPITULO VI

- 1.- John H. Lockin, A. Howard Bell and Raymond C.C. Depression as a symptom of alcoholism. *Journal of abnormal Psychology*, 1960 Vol. 73, 195-197.
- 2.- Winokur G. et al. : : : The natural history of the affective disorders (manias and depressions) *Seminars in Psychiat.* 2: 451-463. 1970.
- 3.- March A, Schickel and George Winokur: A short term follow up of women alcoholics. *Diseases of Nervous System*, 33(10): 670-676, October 1972.
- 4.- Mayfield D.G., and Coleman, C.C. Alcohol use and affective disorder. *Dis. Nerv. Syst.*, 29: 467-474, 1968.
- 5.- James R. : : : The Family Histories of manic-depressive patients with and without alcoholism. *The Journal of Nerv. and Mental Diseases*. Vol. 3. 1975.
- 6.- Kenneth L. Dean and George G. Korasievich. Psychological Test Results at Three Stages of Inpatient Alcoholism Treatment. *Jour. Stud. on Alcohol*. Vol. 36 No. 7, 1975.
- 7.- Chau A. Jon, Donley Patrick, Morgan Donald W. and Robinson James A.: Treatment of depression in alcoholics. *A.m. J. Psychiatry*. 132:6. June. 1975. Pp. 641-643.
- 8.- Peter J. Equi and Raymond F. Jabara.: Validation of the self-rating depression scale in an alcoholic population. *J. of Clin. Psychol.* April. 1976, Vol.. 32 No. 2.
- 9.- Dennis H. Donovan, Linda E. Redford, Edmund F. Chaney and Michael R. O'Leary : Perceived locus of control as a function of level of depression among alcoholics and non alcoholics. *J. of Clin. Psychol.* April. 1977. Vol. 33. No. 2.
- 10.- Shelly Haywood Kaplan and Timothy R. Roads.: Incidence of depression in alcohol and other drug abusers. *Alc. Dig.* 07/01/1977. U.M.A.

- 1.- William W.K. Zung and Durham N.C. A self Rating Depression Scale. *Archive of Gen. Psychiat.* Vol. 12 Jan. 1965.
- 2.- William W.K.Zung, and Durhan N.C.: Factors influencing the Self-Rating Depression Scale. *Arch. Gen. Psychiat.* Vol.16. May. 1967.
- 3.- Harold. B. Weingold, John M. Lachin, A. Howard Bell and Raymond C.C.: Depression as a symptom of alcoholism. *J. Abnor. Psychol.* Vol.73(3):195-7. 1968.
- 4.- William W.K. Zung: A Self-Rating Depression Scale in an outpatient clinic *Arch. Gen. Psychiat.* 13: 508-515, 1965.
- 5.- Shelyv Haywood Keglari and Timothy R. Roads: Incidence of depression in alcohol and other drug abusers. *Alc. Dig.* 07/01/1977.
- 6.- Shaw A. Jon, Donley Patrick, Morgan Donald W. and Robinson James A.: Treatment of depression in alcoholics. *Am. J. Psychiat.* 132:6 pp. 641-3, 1975.
- 7.- Peter J. Equi and Raymond F. Jabara.: Validation of the Self-Rating Depression Scale in an alcoholic population. *Journal of Clinical Psychology* April, 1976. Vol. 32. No. 2.
- 8.- John E. Hamm, Leslie F. Major and Gerald L. Brown: The quantitative measurement of depression and anxiety in male alcoholics. *Am. J. Psychiatry.* 136: 4B, april, 1979.
- 9.- Holmes T. Rahe, B.H.: The social adjustment rating scale, *J. Psychosom. Res.* **II** 11:213, 1967.
- 10.- O'Leary M.R. Donovan D.M.: Perception of depression in self and others among male alcoholics. *J. Clin. Psychol.* 30:142-146, 1974.
- 11.- Zwerling I: Psychiatric findings in an interdisciplinary study of forty-six alcohol patients. *Q.J. Stud. Alcohol* 20:543-554, 1959.
- 12.- Gibson S., Becker J.: Changes in alcoholics' self-reported depression. *Q.J. Stud. Alc.* 34: 829-836, 1973.
- 13.- Martin H. Keeler, C. Inga Taylor and William C. Miller: Are all recetly



UNIVERSIDAD NACIONAL
AV. FRAYMA

Detoxified alcoholics depressed. *Am. J. Psychiat.* 136:42, 1979.

14.- Carroll D.J., Fielding J.H., Blashki E.C.: Depression rating scales; a critical review. *Arch. Gen. Psychiat.* 20:331-344, 1973.



VIVERDAKONALONP. 103-107. Pergamon Press Ltd. 1978. Great Britain.

AVPNSMA

12.- Myrna H. Weissman, and Jerome K. Myers. Clinical Depression in alcoholism.

Am. J. Psychiat. march 1980. 137:3, pp. 372-3.

13.- Endicott J. Spitzer R.L.: A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch. Gen Psychiatry. 35: 837-844. 1978.

(PARA SUJETOS ALCOHOLICOS)

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

ESCOLARIDAD _____
(ultimo año cursado)

Edad: _____

ESTADO CIVIL:

CASADO _____ SOLTERO _____ UNION LIBRE _____
VIUDO _____ DIVORCIADO _____ OTRO _____

SEXO: _____

OCUPACION ACTUAL: _____

SUELDO: _____

FECHA DE PRIMER INGRESO A AA _____

NUMERO DE VECES QUE HA ASISTIDO A AA _____
(POR MES)

TIEMPO DE DURACION EN AA _____

QUE TRATAMIENTO HA RECIBIDO EN AA _____

QUE TRATAMIENTO HA RECIBIDO FUERA DE AA: _____

ESCALA DE AUTO-MEDICION DE

DEPRESION DE ZUNG.

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

(PARA SUJETOS NO ALCOHOLICOS)

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

ESCOLARIDAD _____
(ultimo año cursado)

Edad: _____

ESTADO CIVIL:

CASADO _____

SOLTERO _____

UNION LIBRE _____

VIUDO _____

DIVORCIADO _____

OTRO _____

SEXO: _____

OCCUPACION ACTUAL: _____

SUELDO: _____