

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**ABSTINENCIA EN ALCOHOLISMO**

Estudio en 66 alcohólicos anónimos en el Municipio de San Antonio  
Aguascalientes, Departamento de Sacatepéquez.  
En el período de 23 de septiembre a 23 de octubre de 1995.

**TESIS**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

**JUAN FRANCISCO JAVIER DIAZ MORALES**

*En el acto de investidura de:*

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, noviembre de 1995

Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 3 de noviembre de 1995


Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las  
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Maestro De Educación Primaria Urbana Juan Francisco  
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

Javier Díaz Morales Carnet No. 86-50303  
lidos completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
ABSTINENCIA EN ALCOHOLISMO

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

~~Sergio Castañeda Cerezo~~  
MEDICO Y CIRUJANO

Asesor  
Firma y sello personal

x   
Revisor  
Firma y sello  
DR. JOSE E. GRACIAJO  
GARCENDEZ  
Médico y Cirujano  
Cédula No. 8702  
Registro Personal 16157

DC  
OS  
T(2919)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: JUAN FRANCISCO JAVIER DIAZ MORALES  
Carnet Universitario No. 86-50303

Ha presentado para su Examen General (Final) previo a optar al  
Titulo de Médico y Cirujano, el Trabajo de Tesis titulado:

ABSTINENCIA EN ALCOHOLISMO

Trabajo asesorado por: DR. SERGIO CASTAÑEDA PEREZO

y revisado por: DR. JOSE MARIA GRAMAJO  
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se edita,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 6 de noviembre de 1995

DR. EDGAR DE PEDR BARILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAFAEL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
DECANO



## INDICE DE CONTENIDOS

	<i>No. Pag.</i>	
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI.	METODOLOGIA	28
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	30
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
IX.	CONCLUSIONES	36
X.	RECOMENDACIONES	38
XI.	RESUMEN	39
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
XIII.	ANEXOS	41

## I. INTRODUCCION

El presente trabajo, cuyo título es, ABSTINENCIA EN ALCOHOLISMO, se realizó en una población de 66 alcohólicos anónimos (A.A.), en el municipio de San Antonio Aguascalientes del departamento de Sacatepéquez durante un periodo de 30 días; buscando observar e investigar en ellos dos aspectos básicos: 1) el logro o no logro de la abstinencia y 2) Investigar a través de entrevista y cuestionario, las causas o factores que a experiencia y a criterio de ellos influye en el éxito o fracaso de alcanzar la abstinencia.

Por recomendación de uno de los coordinadores de los grupos de A.A., se prefirió hacer la entrevista a cada miembro en su domicilio y a pedir su colaboración con la investigación independientemente de su grupo, debido a que existe entre las DOCE TRADICIONES DE A.A. un inciso que textualmente dice: "Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena. "Para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial". Y precisamente por lo anterior y por las interpretaciones que se le puede dar a la investigación, se prefirió atender la recomendación.

Los resultados de la investigación se describe en su respectivo apartado, mas es pertinente mencionar aquí, que se observó un importante porcentaje de abstinencia durante el período de observación; algo que obviamente se debe

interpretar tomando en cuenta el corto tiempo en que se realizó el trabajo. Por otro lado se detectó que los factores más importantes que ayudan al A.A. para mantenerse en abstinencia, es el sentido de unidad, la comprensión y el apoyo que le brinda su grupo, la cual se fortalece aún más con la fe en alguna religión, algo que no es de extrañar si tomamos en cuenta que el A.A. describe en una de sus Doce Tradiciones lo siguiente: "Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso, tal como se expresa en la conciencia de nuestro grupo".

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El alcoholismo es un fenómeno que sucede en todas las sociedades del mundo, no respetando situación económica, posición social e intelectual. A nivel general se le considera una enfermedad insidiosa, crónica, destructiva y que no solo afecta al individuo sino que a todo el contexto social que le rodea.

El alcohólico es un individuo que posee una fuerte dependencia al alcohol, la cual le predispone a graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

El aumento de la prevalencia e incidencia del alcoholismo ha preocupado a las autoridades de salud de todo el mundo, habiéndolo declarado como un asunto de Salud Pública y han manifestado a todos los gobiernos la necesidad de prevenir el problema.

En Guatemala hay algunos estudios hechos a nivel de tesis, con resultados muy específicos y de menor envergadura, ya que el problema es grave.

Los problemas de los alcohólicos hizo que en 1935 se haya fundado un programa de autoayuda llamada Alcohólicos Anónimos en los Estados Unidos de Norteamérica por Bill W. y el Dr. Bob. Actualmente los grupos de A.A. están presentes en más o menos 134 países y eran hasta 1991, poco más de 94 mil grupos, constituidos en una tercera parte por mujeres y más de una cuarta parte por menores de 30 años de edad.

En Guatemala han brotado los Grupos de A.A. en casi todos los municipios, y a juicio de los que asisten a ellos;

constituye un pilar fundamental para dejar la bebida a través de la práctica de la abstinencia. La abstinencia según los alcohólicos anónimos es estar libre de alcohol en el cuerpo durante el tiempo necesario hasta alcanzar la sobriedad. La ruptura de la abstinencia se le llama recaída la cual se le considera como un accidente dentro de la promesa del A.A. a dejar la bebida.

En el municipio de San Antonio Aguascalientes, están presentes los grupos de A.A., pero no hay datos de la prevalencia e incidencia del alcoholismo. Revisando el Libro de Defunciones de la localidad, se halló que en los últimos diez años ha habido 3 defunciones por cirrosis hepática y otros cinco por alcoholismo, ignorando si éstas fueron por síndrome de supresión, intoxicación aguda u otra de las múltiples patologías por alcoholismo. Debido al subregistro y a la falta de diagnósticos precisos, estos datos resultan ser muy subjetivos que bien no podría reflejar la verdadera magnitud del problema en el municipio.



### III. JUSTIFICACION

Actualmente lo que se conoce del problema del alcoholismo no corresponde a su verdadera magnitud, por la falta de estudios, especialmente en los países en desarrollo.

A nivel general se han obtenido algunos resultados efectuados en diferentes países. El porcentaje de la ingesta de alcohol en las personas adultas en la actualidad es de un 80 a 90 por ciento; como un promedio en las diferentes sociedades, y va desde el uso social de la bebida hasta el abuso excesivo.

#### ALGUNOS DATOS RELACIONADOS CON EL ABUSO DEL ALCOHOL

- a) Se estima que la ingesta y abuso de alcohol está involucrada en el 35 al 50 por ciento de todos los accidentes de tránsito, tanto para peatones como conductores ebrios.
- b) Mas de un 70 por ciento de los casos de cirrosis hepática es secundario al alcoholismo.
- c) Un 36 por ciento de los delitos se cometen bajo los efectos del alcohol.
- d) Un 50 por ciento de todos los ingresos a hospitales psiquiátricos.
- e) Un 25 por ciento de las causas de maltrato infantil y violencia en el hogar.
- f) El 15 por ciento de las causas de ausentismo laboral.
- g) Un 25 por ciento de los suicidios se cometen bajo los efectos del alcohol.

En Guatemala se estima que hay aproximadamente 200 mil alcohólicos y de ellos se calcula que solo el 15 por ciento busca ayuda, especialmente en los grupos de Alcohólicos Anónimos donde se asiste principalmente para alcanzar la abstinencia.

El alcohólico se propone a mantenerse en abstinencia en un plazo de 24 horas, todos los días.

El presente estudio se justifica debido a los problemas representa el alcohol, tal como observamos en los incisos anteriores.

Es importante definir que la abstinencia solo puede estar presente en aquellas personas que aun no han superado por completo la dependencia ala droga, y abstenerse significa para ellos una constante lucha contra la impulsividad a consumir la bebida. Las personas que ya superaron la dependencia, o sea los que están libres, psicológica, fisiológica y socialmente; se le llama sobrios, quienes a cualquier estimulo externo o interno son capaces de evitar la bebida.

El presente estudio es específicamente en las personas que aun tienen grados diferentes de dependencia y en quienes se tratará de identificar los factores que influyen, tanto en el logro de la abstinencia, como en su ruptura.

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL:

Cuantificar el número de alcohólicos anónimos que son capaces de estar en abstinencia durante el periodo de observación. En Alcohólicos Anónimos.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Cuantificar al número de alcohólicos que son capaces de estar en abstinencia durante el periodo de observación.
2. Cuantificar el número de alcohólicos anónimos que no son capaces de estar en abstinencia durante el periodo de observación.
3. Identificar los factores que contribuyen a la ruptura o al logro de la abstinencia.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### ALCOHOLISMO

El alcoholismo se define, entre otras muchas definiciones como un "Síndrome de dependencia al etanol". Se le considera como una enfermedad crónica de etiología no claramente determinada e instauración insidiosa que muestra síntomas y signos reconocibles proporcionales a su gravedad. (5)

#### 1. ALCOHOL

Es considerado por la Organización Mundial de la Salud como droga causante de dependencia y está incluido en el segundo grupo de dicha clasificación; siendo una droga de mucha preocupación en Salud Pública ya que su consumo y abuso está socialmente aceptado. (11).

##### a) Historia

Las bebidas alcohólicas han sido utilizadas desde los albores de la historia, la Biblia lo menciona como sumo de uvas al referirse a la embriaguez de Noé.

Cuando los árabes llevaron a Europa en la Edad Media la entonces reciente ciencia de la destilación, los alquimistas creyeron que el alcohol era el tan buscado "elixir de la vida". Se sostuvo entonces que alcohol era un remedio para curar casi todas las enfermedades; como lo indica la palabra Whisky, que significa "Agua de la vida". (3)

En 1852 Magnus Hus fue el primero que denunció al alcohol como factor de degeneración. Luego Gamier y Mignot, en 1890 y 1905 respectivamente, dieron descripciones y una clasificación de todas las formas mentales agudas, subagudas y crónicas del alcoholismo. (10)

b) Absorción

El alcohol se absorbe por las mucosas de la boca y esófago en cantidades pequeñas, en estómago e intestino grueso en cantidades moderadas y en la porción proximal del intestino delgado como el principal sitio de absorción. La presencia de alimentos en el estómago, especialmente carbohidratos retardan su absorción. (2)

c) Metabolismo

De 90 a 98 por ciento del alcohol que entra el organismo se oxida completamente. La cantidad de la droga oxidada en unidad de tiempo es aproximadamente proporcional al peso del cuerpo y probablemente al peso del hígado.

Cuando menos hay dos vías para el metabolismo del alcohol. La primera, clínicamente la más importante ocurre en el citosol celular por medio de la deshidrogenasa de alcohol. La segunda vía sucede en el sistema microsomal del retículo endoplásmico liso, llamado sistema microsómico oxidante de etanol (SMOE) y puede tener a su cargo el 10 por ciento o más de la oxidación de etanol en concentraciones sanguíneas elevadas de ésta. Este sistema está involucrada en la tolerancia metabólica cuando hay consumo continuado de etanol. Ambas vías producen acetaldehído que es rápidamente convertido en aldehído por la enzima Deshidrogenasa de acetaldehído. El producto final es Acetil CoA, la cual se incorpora al ciclo de Krebs. (2)

El resto del alcohol que no se oxida se elimina por difusión a través de riñones y pulmones. Cada gramo de etanol

metabolizado da como producto energético aproximadamente 7.07 Kcal. (1)

## 2. EPIDEMIOLOGIA Y ASPECTOS CLINICOS DEL CONSUMO Y ABUSO DEL ALCOHOL.

En EE.UU. el 90 por ciento beben alcohol, del 40 al 50 por ciento tienen problemas transitorios creados por el alcohol. Mas o menos el 10 por ciento de los varones y de 3 a 5 por ciento de las mujeres desarrollan problemas penetrantes y persistentes relacionados con la bebida. (Alcoholismo)

Los síndromes relacionados con el abuso del alcohol generalmente caen dentro de cualesquiera de las siguientes categorías; Intoxicación aguda, dependencia de alcohol o alcoholismo, Síndrome de supresión alcohólica y complicaciones médicas.

### a) Intoxicación Aguda

Es rara la intoxicación aguda en los bebedores sociales y es relativamente frecuente en fuertes bebedores y aun mas en alcohólicos.

El tipo de respuesta normal se debe a los niveles de alcohol en sangre (NAS) y de la tolerancia pre-existente a la misma. (2)

Los alcohólicos y los fuertes bebedores tienen un nivel alto de tolerancia fisiológica y conductual al alcohol; por lo que pueden necesitar niveles de casi 100 mg/dl por arriba de los niveles de los bebedores sociales para alcanzar el mismo grado de deterioro. (2) a.1.

Niveles de alcoholemia y manifestaciones clínicas.

- i) 50 mg/dl; hay relajación y sensación de bienestar.  
(nivel que se alcanza en el uso social)
- ii) 75 mg/dl; las personas tienden a estar mas relajadas y sociables. Algunos se vuelven mas locuaces o algo hostiles.
- iii) 100 mg/dl; pueden empezar a aparecer signos de ataxia, la coordinación y el juicio se pueden alterar al mismo tiempo que aumenta la sensación de confianza en la habilidad de ejecutar ciertas actividades.
- iv) 125 a 150 mg/dl; empieza a reflejarse la personalidad subyacente. Algunos siguen siendo más simpáticos, sociables y desinhibidos mientras que otros agresivos, retraídos y deprimidos.
- v) Cuando la alcoholemia sobrepasa los niveles de 200 a 250 mg/dl en sujetos no acostumbrados y mas de 300 en bebedores excesivos, los individuos pasan a una etapa depresiva. Este estado requiere tratamiento médico inmediato. (2)

En la fuerte intoxicación aguda el paciente se encuentra estuporoso. La piel está fría y pegajosa, la temperatura puede estar baja, la respiración lenta y ruidosa. Las pupilas pueden estar normales o dilatadas y la frecuencia cardíaca está elevada. En algunos casos puede haber hipertensión intracraneana secundario a edema cerebral y como no traumático. (3)

Es raro que ocurra la muerte a menos que el estado de inconsciencia continúe por más de seis horas o que la alcoholemia sea muy elevada y el problema se complique por infección, trauma o patologías subyacentes. (2)

Debe investigarse los niveles de alcohol en la sangre. La determinación de un solo nivel no debe interpretarse en una forma absoluta, ya que puede haber una reserva de alcohol todavía no absorbido en estómago o intestino. Se debe hacer aspiración y lavado gástrico para disminuir la absorción de esta reserva y prevenir el vómito y aspiración pulmonar; aspecto muy importante ya Nuegester en su oportunidad llamó la atención sobre la supresión del reflejo de la glotis en alcohólicos y la alteración del reflejo de la tos. (2,13)

Deben mantenerse los sistemas vitales con oxígenos, líquidos intravenosos y raras veces medidas de apoyo ventilatorios y circulatorios. Si hay signos y síntomas de hipertensión intracraneana o como no traumático deben ser tratados según esquemas de tratamiento convencionales respectivos. No son eficaces lo antidotos. (1,2)

a.2

### Resaca

El etanol es una sustancia fuertemente tóxica para el cerebro y el aparato digestivo, y más aún las sustancias congéneres presentes en la bebida, hecho que explica la elevada incidencia de malestar después de la fuerte ingesta consistente en cefalea, vértigo, temblor, náuseas y malestar general. Estos síntomas suelen ser autolimitantes y responden a tratamiento sintomático. (1) Pueden aparecer signos más



molestos en bebedores más persistentes, las cuales en realidad pueden ser un incipiente síndrome agudo de supresión.

b) Dependencia de alcohol o Alcoholismo

El alcoholismo es un síndrome de dependencia que se presenta por el uso excesivo y prolongado de alcohol. Es el desarrollo de unas conductas desviadas características asociadas al consumo prolongado y la presencia de algún factor predisponente.

Un alcohólico se puede identificar por la dependencia o adicción grave y un patrón acumulativo de comportamientos. La intoxicación frecuente es evidente y destructiva que interfiere en su actividad social, laboral, familiar y que lo lleva posteriormente al despido, al fracaso matrimonial, a sufrir lesiones físicas de supresión. Cuando más precoz se presentan estos comportamientos, más mutilante es su trastorno.

b.1. Etiología y factores predisponentes

La etiología del alcoholismo no está claramente conocida. Sin embargo existen muchos factores que aumentan la posibilidad de llegar a la adicción. El primer factor especialmente consiste en la presencia de antecedentes familiares (factor biológico o genético). Luego otros factores menos importantes constituyen aspectos psicológicos y sociales.

i) Factores biológicos

Familiares cercanos de alcohólicos tienen cuatro veces más el riesgo de sufrir este problema en comparación con personas sin familiares cercanos con problemas alcohólicos.

La posibilidad de que la naturaleza familiar del problema sea factible; se basa en varios estudios efectuados en gemelos. Se ha determinado que el gemelo idéntico de un alcohólico tienen el 60 por ciento de riesgo de llegar a ser alcohólico, mientras para gemelos dicigóticos es alrededor del 30 por ciento. También hijos de alcohólicos que fueron adoptados en el momento de nacer por padres adoptivos no alcohólicos tuvieron cuatro veces el riesgo que los hijos de no alcohólicos.

También otros estudios han demostrado que los hijos de alcohólicos resultan menos intoxicados a determinada concentración de alcohol en la sangre en comparación con un grupo testigo de hijos de padres no alcohólicos y además se demostró que los primeros mostraron menos perturbación en las pruebas cognoscitivas y psicomotoras.

En conjunto estos datos subrayan la influencia genética a pesar de que no existen pruebas bioquímicas que la lleguen a comprobar definitivamente. (2,16)

#### ii) Factores psicológicos

La teoría psicoanalítica sostiene que la privación y el trauma muy a principios del desarrollo puede dar por resultado conflictos dolorosos que se reprimen. Se ha señalado también la frecuente incidencia de ciertos rasgos de la personalidad que incluye; tendencias esquizoides como aislamiento, soledad, timidez, así como depresión, dependencia, impulsividad hostil, autodestructividad e inmadurez sexual. Aunque algunos autores creen que estas son efectos del alcoholismo y no su causa.

### iii) Factores sociales

Las influencias sociales pueden de alguna forma determinar el apareamiento del alcoholismo. Aspectos como la raza, el sexo, la religión, nacionalidad, profesión, estado socioeconómico, patrones familiares y presiones del medio que según su naturaleza crean conductas que llevan tanto a la ingesta como a la abstinencia.

Probablemente estos dos últimos factores sean de alguna manera secundarios o condicionantes a que aparezca la predisposición genética. (1,8)

#### b.2 Ciclo adictivo

La secuencia de como se desarrollo el ciclo adictivo al alcohol es la siguiente.

##### 1. Dependencia psicológica

Este mecanismo refleja un paradigma de conducta condicionante en el que una acción y experiencia que es gratificante, ya sea por placer o por alivio del dolor o malestar se ve reforzada por cada acción y experiencia sucesivas similares, a esta se le llama dependencia psicológica primaria.

La dependencia psicológica secundaria es la que se manifiesta por aquel deseo producto de estímulos externos, como la que se despierta al ver una botella de licor.

Con la abstinencia prolongada hay una declinación regular de las manifestaciones de dependencia psicológica primaria en la que el deseo vehemente de beber llega a su nivel mas bajo a los seis meses

para desaparecer mas o menos a los dos años. Sin embargo, incluso a este tiempo el deseo se puede reactivar por exposición fuerte a estímulos visuales (dependencia psicológica secundaria).

ii) Tolerancia

Esta se presenta en tres niveles diferentes: Tolerancia metabólica, se debe al incremento de la eficacia de las enzimas hepáticas para desdoblar el alcohol en sus productos finales. Estos cambios aumentan la velocidad del metabolismo solo en un 20 por ciento.

Tolerancia fisiológica o intracelular; esta explica el principal aumento de la tolerancia al etanol que se demuestra en la resistencia conductual y fisiológica de los alcohólicos y suponen cambios metabólicos a nivel de las neuronas.

Tolerancia conductual; esta es una respuesta global de aprendizaje que permite a la persona funcionar desde el punto de vista conductual mientras se encuentra bajo la influencia del alcohol.

iii) Dependencia Fisica

Las neuronas aumentan su grado de excitabilidad para compensar los efectos depresores de la administración crónica de la droga. Cuando los niveles de alcoholemia bajan de manera brusca se presenta aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central. La existencia de dependencia

física se expresa por el fenómeno de supresión. (1)

### b.3 Curso Clínico

Dependiendo de la fuerza de los factores predisponentes y de varios procesos del ciclo adictivo, el individuo puede progresar de manera mas o menos rápida de bebedor social a gran bebedor y de bebedor con problemas a alcohólico. O bien puede detenerse en cualquier nivel. (2,16)

De manera característica los grandes bebedores se desarrollan al final de la adolescencia, pero en ciertas culturas suburbanas pueden desarrollarse durante la misma.

Una línea de demarcación conveniente es el desarrollo de dependencia psicológica primaria fuerte en bebedores con problemas y de dependencia física en alcohólicos. La distinción entre bebedor con problemas y alcohólico a veces es difícil de establecer desde el punto de vista clínico por la semejanza de los patrones de conducta. Sin embargo es importante saber que en los primeros el pronóstico es mejor y que suelen requerir tratamientos menos intensos que los alcohólicos.

El desarrollo de dependencia física hace que el ritmo de ingesta alcohólica sea mayor y que aumente el apareamiento de deterioro social, psicológico y orgánico. El individuo tiende a hacerse mas descuidado en su apariencia personal, a sus responsabilidades familiares y sociales. (2,5)

### b.4 Diagnóstico del alcoholismo

El médico debe reconocer que cualquier paciente puede sufrir alcoholismo y por lo tanto debe poner atención a los datos físicos y a las pruebas de laboratorio.

El médico puede hallar durante la exploración y que pueden sugerir el problema, algunos signos tales como la presencia de hepatomegalia, telangiectasia aranea, edema bilateral de parótidas, ictericia, etc. Pueden haber antecedentes de neumonías y arritmias cardíacas inexplicables. Es frecuente niegue su habito de abuso de la bebida. (1,2)

Algunos datos de laboratorio pueden ser anormales como el ácido úrico que puede estar mayor de 7 mg/dl, la Glutamyl Transferasa (GGT) mas de 35 a 40 unidades, los triglicéridos iguales o mayores de 180 mg/dl.

Existen además instrumentos de trabajo para realizar estudios metodológicos en la detección de alcoholismo a sectores amplios de población.

#### b.5 Alternativas de tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es ayudar a que el paciente alcance y mantenga el estado de abstinencia total. No se ha demostrado la ventaja o la posibilidad de que los bebedores con problemas cambien a bebedores sociales.

Esto no es un asunto que se resuelva a corto plazo, el lapso necesario mínimo para que ocurran ajustes orgánicos, psicológicos y sociales es de dos años.

Entre las alternativas de tratamiento para dejar la bebida tenemos; Alcohólicos Anónimos, psicoterapia y uso de disulfuram. (1,2,16).

##### i) Alcohólicos Anónimos (ver inciso # 6)

Se le considera como el grupo arquetipo de autoayuda; para la cual un famoso médico expresó "Quizás el tratamiento más eficaz en la rehabilitación del alcohólico es una

filosofía de vida que sea compatible y relacionada con el individuo y su familia. Una fe inquebrantable en sí mismo que se manifiesta solo después de haber comprendido a entenderse, a comprenderse y a tener una íntima asociación con otros cuya experiencia sea paralela con la suya". El programa pretende a transformar al alcohólico que bebe dependiente y aislado, en un individuo sobrio e integrado. (1,2,16)

ii) Psicoterapia

Esta asesoría se dirige a alcanzar la abstinencia y a lograr los cambios psicológicos y ajustes sociales para mantenerla.

iii) Disulfuram

Este es un medicamento que interfiere el metabolismo del alcohol al bloquear la enzima Deshidrogenasa de acetaldehído. Por la misma razón aumentan los niveles de acetaldehído la cual es tóxica y produce síntomas y signos como náuseas, vómitos, rubor difuso y en algunos casos más graves aparece depresión respiratoria, colapso cardiovascular, convulsiones y muerte súbita.

Debe evitarse las formas enmascaradas de alcohol como salsas, vinagre, jarabes para la tos e incluso lociones para después de afeitarse. La mayoría de los alcohólicos que han sufrido esta reacción cuidan mucho de que no se repita y varios son capaces de alcanzar y mantener la abstinencia.

El tratamiento de urgencia de la reacción alcohol-disulfuram consiste en la administración de líquidos intravenosos y antihistamínicos. (1,2,16)

c) Síndrome de supresión alcohólica aguda

Este síndrome se presenta cuando hay tolerancia celular inducida por etanol o hay grave dependencia física en presencia de una disminución brusca de los niveles de alcoholemia. Estas manifestaciones van desde temblores hasta el cuadro mas grave de supresión como el Delirium Tremens.

Aparece mas o menos a las 12 o 24 horas después de haber ingerido la última dosis de alcohol. Pueden haber convulsiones tónico clónicas, alucinaciones auditivas, visuales y de persecución. El tratamiento en los casos moderados consiste en la administración de 100 mg de clordiacepóxido por vía bucal. En casos graves, sobre todo los que cursan con convulsiones debe de tratarse con 5 a 10 mg de diacepam por vía intravenosa repetidas veces hasta que se alcance la tranquilidad del paciente y luego cada 4 o 6 horas. Debe de administrarse líquidos intravenosos, electrolitos y 100 mg de tiamina por vía parenteral. (1,2,8)

d) Complicaciones Médicas

Enfermedades relacionadas con el alcohol

Cirrosis

La relación entre el abuso de alcohol y la cirrosis es un hecho bien establecido. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la frecuencia de la cirrosis y el consumo per cápita de alcohol están directamente relacionados. Ni el patrón de la ingesta ni el tipo de bebida alcohólica parecen ser importantes en la patogenia de la enfermedad. La hipertensión portal secundario a la cirrosis da como resultado la presencia de várices esofágicas.



### Miocardopatía alcohólica

Existen tres mecanismos importantes por las cuales el alcohol afecta al miocardio; i) efectos tóxicos directos, ii) efectos nutritivos, específicamente deficiencia de tiamina que produce el llamado corazón Beriberico y iii) efectos tóxicos de productos que se usan a veces en las bebidas, como el cobalto. Aun se desconoce el mecanismo por el cual se altera la función cardíaca. Mediante estudios experimentales se ha demostrado que el acetaldehído afecta varias funciones celulares que involucran al transporte y la unión de calcio, la respiración a nivel de mitocondrias, el metabolismo de lípidos y la síntesis de proteínas miocárdicas. (2,12)

### Encefalopatía de Wernicke

Es una enfermedad aguda que se presenta más frecuentemente a alcohólicos por deficiencia grave de tiamina. Las manifestaciones clínicas básicamente son tres; Oftalmoplejía, ataxia y confusión mental.

La tiamina es la única sustancia que mejora en forma constante la encefalopatía. Debe administrarse 100 mg por vía parenteral y luego dosis bucales hasta que el paciente empiece a llevar una dieta normal. La recuperación se inicia con rapidez desde el primer día.

### Amnesia de Korsakoff

En este cuadro clínico se observa una incapacidad para almacenar nuevas experiencias y recordar hechos pasados. Los pacientes suelen estar desorientados en tiempo y espacio, son incapaces de repetir de inmediato lo que se les pide y no pueden recordarlo varios minutos después. El Síndrome

amnésico de Korsakoff pocas veces mejora con la administración de tiamina. Un 20 por ciento de los pacientes se recuperan por completo, el resto sigue igual o mejora muy poco durante mucho tiempo. (1)

#### Efectos sobre el aparato genitourinario

El alcohol es un diurético al inhibir la secreción de vasopresina en el hipotálamo (4)

Una importante minoría de hombres alcohólicos crónicos pueden mostrar atrofia testicular irreversible, con reducción concomitante de los túbulos seminíferos y de células espermáticas. En la mujer puede ocasionar amenorrea, disminución del volumen de los ovarios, falta de cuerpo amarillo con esterilidad asociada y abortos espontáneos.

(6,10)

#### Sistema Hematopoyético

El alcohol altera en forma aguda la producción de glóbulos rojos y hay aumento el volumen corpuscular medio, disminución de la mayor parte de glóbulos blancos y también disminuye la movilidad y la adherencia de los granulocitos y perturbar de esta manera la respuesta de hipersensibilidad retardada para nuevos antígenos. (2)

### 3. ALCOHOLISMO EN LA MUJER

El alcoholismo en la mujer es uno de los problemas mas sutilmente escondidos a causa de la condena social que sobre ésta recae. Aunque los patrones de riesgo principales del alcoholismo son los antecedentes familiares y el sexo masculino, en las últimas décadas se ha visto un creciente número de mujeres alcohólicas que al parecer tampoco se

escapan de los antecedentes familiares de alcoholismo. El alcoholismo en la mujer se desaprueba mas que en el hombre. Por ejemplo se estima que una de cada diez mujeres abandonan a un marido alcohólico, sin embargo nueve de cada diez hombres abandonan a una mujer alcohólica. (7,8)

a) Alcoholismo y embarazo

Los nacidos de madres alcohólicas, no solo pueden experimentar el síndrome de supresión después de nacer sino que además pueden traer graves malformaciones como microftalmia, hendidura palpebral, hipoplasia centrifacial, pliegues palmares anormales, defectos cardíacos y lo mas grave el retraso mental profundo. (4.6)

4. POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

a) Limitación de la disponibilidad

La premisa fundamental de éste modo de prevención de los problemas relacionados con el alcohol es que la restricción del acceso, o sea la limitación de la cantidad del alcohol que pueden disponer las poblaciones o los grupos de individuos tendrán un efecto directo sobre la cantidad de ésta que se consume. Existen algunos mecanismos para lograr disminuir la disponibilidad como la regulación de la distribución, de los precios de la adquisición etc. Por ejemplo se pueden restringir el horario, la venta a menores de edad. Existen descritos muchos mecanismos que en la práctica no es posible que se den.

Tal parece que la única manera mas lógica y factible hasta cierto punto es reducir la demanda a través de programas de educación en la cual se haga comprender la naturaleza

nociva del alcohol e influir en la formación de una conducta compatible con la preservación de la salud y la promoción de la vida.

Es importante destacar y mencionar que un objetivo fundamental de la educación en salud, según expertos de la OMS es desarrollar en las personas: 1) el sentido de la responsabilidad respecto a su propia salud y a la salud de la colectividad y 2) aptitudes para participar en la vida de la colectividad de manera útil y constructiva.

#### 5. ALGUNOS ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO

a) En 1982; zúñiga V. y Moscoso R., en un estudio hecho sobre alcoholismo y su morbilidad, encontraron que un 96% de los alcohólicos presentaban en el momento de la evaluación, problemas infecciosos, especialmente neumonías; enfermedades degenerativas y traumatologías.

b) En 1983; García Espinoza A. encuestando a 160 médicos residentes de tres hospitales escuela, halló que un 64% de ellos presentaba algún grado de abuso de alcohol.

c. Otro estudio en 1983 por Guerra Acuña, sobre identificación de factores predisponentes de alcoholismo, halló antecedentes de rupturas de lazos familiares y maltrato en la niñez de los alcohólicos.

d) En 1987; Gómez M.; encontró que el 90 por ciento de médicos y el 63 por ciento de estudiantes, ambos grupos de la facultad de Ciencias Médicas de la USAC, consumían bebidas alcohólicas de alguna manera y de que la información sobre alcoholismo en ellos era deficiente.

e) En 1992; en un estudio de 100 pacientes alcohólicos se demostró que un 75% de ellos padecían grados diferentes de depresión.

f) En 1993; Salazar Duarte H. en un estudio ecocardiográfico sobre función ventricular en pacientes alcohólicos encontró que un 11.8% de los pacientes alcohólicos tenían una disminución en la fracción de expulsión. Ningún paciente tuvo anomalía en el grosor de las paredes del ventrículo izquierdo o anomalías segmentarias de la contractilidad.

#### 6. ALCOHOLICOS ANONIMOS (17)

En Akron, Ohio, en junio de 1935, de una conversación entre Bill W. , un corrector de bolsa de valores de Nueva York y el Dr. Bob, se produjo la chispa que iba a convertirse en el primer grupo de Alcohólicos Anónimos. Ambos habían tenido serios problemas con el alcohol, pero milagrosamente lograron dejar la bebida. Estos personajes entonces pensaron en la gran cantidad de alcohólicos que existían en todo el mundo, sin solución ni alivio, por lo que pensaron en algún mecanismo que pudiera ofrecer posibilidades de dejar el vicio. Luego concluyeron que solo un alcohólico podía salvar a otro alcohólico.

Otro grupo pequeño prontamente tomó forma en Nueva York seguido después en 1937 por la formación en Cleveland del tercer grupo. Habían otros alcohólicos esparcidos que habían captado las ideas básicas en Akron y Nueva York y estaban intentando formar otros grupos en otras ciudades.

Para finales de 1937, el número de miembros de los grupos de A.A. que se mantenían en abstinencia durante un tiempo sustancial, era suficiente como para convencer a todos los miembros de que una nueva luz había penetrado al mundo oscuro del alcoholismo.

#### LA TRADICION DE A.A.

Para los que están en el seno de Alcohólicos Anónimos, han hecho que la desgracia se convierta en sobriedad y frecuentemente ha significado la diferencia entre la vida y muerte. Los alcohólicos ven la necesidad de tener que trabajar juntos y conservarse unidos, o de lo contrario, la mayoría de ellos perecerían.

A continuación aparecen las Doce Tradiciones de A.A. en su llamada forma breve, la cual en la actualidad es de uso general.

1. Nuestro bienestar común debe tener preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2. Por el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: Un Dios amoroso tal como se expresa en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son mas que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar la bebida.
4. Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos de A.A., considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje alcohólico al que aun está sufriendo.

6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena. Para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvien de nuestro objetivo.
7. Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a si mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestro centro de servicio puede emplear trabajadores especiales.
9. A.A. como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comites de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe de mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra politica de relaciones públicas se basa mas bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

## VI. METODOLOGIA

- A) Tipo de estudio: Descriptivo, Prospectivo.
- B) Sujeto de estudio: Alcohólicos Anónimos que asisten a sus respectivos grupos en el municipio, durante el periodo de observación.
- C) Población de estudio: 100 por ciento de la población de alcohólicos anónimos que asisten a dos diferentes grupos durante el periodo de observación.
- D) Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron a todos los A.A. que se mostraron abiertos y colaboradores con la investigación. Fue requisito importante el que sean regulares en su asistencia a sus grupos de A.A. Las personas que no cumplen con estos aspectos no se incluyen en el estudio.
- E) Variables

Variable	Tipo	D. Conceptual	D. Operacional
Alcoholismo 1.	Nom.	Síndrome de dependencia física y mental al alcohol	Identificar alcoholismo en el sujeto de
Asistencia a A.A. 2.	Nom.	A.A. grupo de auto-ayuda para alcanzar la abstinencia	Se registrará la asistencia a A.A.
Abstinencia 3.	Razón	No ingesta de alcohol , en 24 Hrs. todos los días. (17)	Se cuatificará # de A.A. abstinentes y no abstinentes
Factores que ayudan o rompen la abstinencia 4.	Nom.	Causas expresadas por el A.A. en pro o en contra la abstinencia	Identificarlos mediante entrevista al A.A.
Sexo 5.	Nom.	Identificación de género	Se clasificará a hombres y mujeres A.A.



F) Recursos:

1. **Materiales:** Instrumentos impresos para el registro de datos.  
  
Bibliotecas de: Facultad de Ciencias Médicas USAC, INCAP, Patronato Antialcohólico y Central de Alcohólicos Anónimos.  
  
Domicilio de A.A.
2. **Humanos:**
  - Coordinadores de Grupo de A.A.
  - Bibliotecarios
  - Colaboradores.

G) Técnica para obtener datos: Para el registro de la abstinencia se elaboró un cuadriculado, con el número de clave del A.A. y las semanas de abstinencia, las cuales se fue anotando durante el período de la observación, anotando además las rupturas de la abstinencia, la cual fue posible mediante una actitud expectativa del investigador y la colaboración desinteresada de los compañeros del A.A. Para determinar los factores que contribuyen al logro o la ruptura de la abstinencia se elaboró un cuestionario sencillo que fue contestado por el A.A. mediante la técnica de la entrevista. (ver anexos).

## V I. PRESENTACION DE RESULTADOS

## CUADRO No. 1

Alcohólicos Anónimos según abstinencia.

Estudio en A.A. de San Antonio Aguascalientes,

Sacatepéquez. Septiembre - octubre 1995.

TOTAL DE A.A.	66	100%
SI Abstinencia	62	93.9%
NO Abstinencia	4	6.1%

Fuente: Datos obtenidos de los instrumentos de la  
investigación.

CUADRO No. 2

A.A. Según abstinencia y tiempo de asistir a  
Grupo de A.A.

Tiempo (meses)	100% de A.A.	SI Abstinencia	%	NO Abstinencia	%
0 - 6	7	6	85.7	1	14.3
7 - 12	22	20	90.9	2	9.1
13 - 18	17	17	100	0	0
19 - 24	11	10	90.9	1	9.1
25 - 30	3	3	100	0	0
31 y mas	4	4	100	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>93.9</b>	<b>4</b>	<b>6.1</b>

Fuente: Datos obtenidos de los instrumentos utilizados en la  
investigación.

CUADRO NO. 3

A.A., según edad y abstinencia.

Edad (años)	100 % de A.A.	SI abstinencia	%	NO abstinencia	%
15 - 19	2	2	100	0	0
20 - 24	7	6	83.4	1	16.6
25 - 29	14	12	85.2	2	14.8
30 - 34	16	16	100	0	0
35 - 39	12	12	100	0	0
40 - 44	8'	7	87.5	1	12.5
45 - 49	5	5	100	0	0
50 y mas	2	2	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de los instrumentos de la  
investigación.

## CUADRO No. 4

A.A. según factores que contribuyen  
al sostenimiento de la abstinencia.

San Antonio Aguascalientes.

Sept. - Oct. 1995

FACTOR	No. de A.A.	%
1. Sentido de unidad, apoyo y comprensión en el seno de A.A.	66	100
2. Actitud de optimismo en ausencia de la bebida.	66	100
3. Ejercer una religión y/o fe en Dios.	57	86.3
4. Conocimiento de nociones de enfermedades provocadas por alcohol.	51	77.2
5. Apoyo y presión familiar para dejar la bebida.	44	66.6

Fuente: Datos obtenidos de los instrumentos de la  
investigación.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Analizaremos los logros de la investigación en base a los resultados, tratando de confrontarlo lógicamente con los datos que sobre el alcoholismo existe en la bibliografía revisada. Antes que nada, se sabe por diferentes investigadores y autores, del papel crucial que representan los grupos de Alcohólicos Anónimos para lograr librarse de la terrible dependencia al alcohol a quienes la padecen.

Según nuestro estudio, la tasa de abstinencia fue de un 93. 9%, durante un periodo de 30 días, la cual aparentemente es muy alta. Pero si consideramos este mismo patrón para periodos mayores, obviamente este dato disminuiría quizás proporcionalmente al tiempo. Aunque también debemos reconocer que pudieron haber influido muchos factores que desconocemos por la escasa envergadura de nuestro estudio. Los mejores programas de tratamiento del alcoholismo en los Estados Unidos de Norteamérica, tienen una tasa de mejoría a los seis meses del 80 por ciento; claro que esta incluye la participación de profesionales especializados en el problema.

Si observamos con detenimiento los datos en los cuadros de los resultados, encontramos una mayor tendencia a recaer en las personas que tienen menor tiempo de asistir a A.A., así vemos que 3 de los alcohólicos que recayeron (75%), tenían menos de 12 meses, y un cuarto A.A. tenía menor de 23 meses, algo que podemos explicar tomando en cuenta que se necesita un tiempo igual o mayor a 2 años para que se den los ajustes

físicos, psicológicos y sociales en el individuo alcohólico; y la dependencia psicológica secundaria continua incluso después de 2 años. También se observó que las personas de menor edad en relación al resto del grupo tuvieron mayor recaída la cual coincidentemente también tienen menor tiempo de pertenecer a A.A. Debemos considerar que en los grupos de A.A. asisten personas con distintos grados de dependencia, la cual puede determinar su éxito o fracaso en la abstinencia. (1,2)

Otro de los objetivos del estudio fue la detección de factores que contribuyen al logro de la abstinencia y que a falta de ellos lógicamente determina las recaídas; dentro de ellos se averiguó que el sentido de unidad, comprensión y apoyo que recibe el A.A. en su grupo, (al menos esa fue la respuesta del 100 por ciento de los alcohólicos investigados) luego le sigue una actitud de optimismo que significa la antítesis de la depresión; la profesión de una religión o la fe en Dios, el conocimiento de algunas enfermedades que provoca el alcohol (especialmente cirrosis hepática), y las presiones o las muestras de apoyo que le da la familia. Podemos deducir en esto que el tratamiento del A.A. debe ser desde distintos puntos de vista, la cual coincide con las referencias revisadas.

## IX. CONCLUSIONES

1. Los grupos de A.A., constituyen una excelente alternativa para lograr tasas aceptables de abstinencia para los alcohólicos que se acercan a ellos.
2. El sentido de Unidad, la identificación mutua y la comprensión en el grupo, son los aspectos básicos que ayudan al alcohólico a evitar la bebida en los grupos de A.A.
3. Los A.A. que tienen menor tiempo de pertenecer a A.A. y los de menor edad en relación al resto del grupo, tienen mayores índices de recaídas.
4. En las culturas no urbanas, el alcoholismo es casi exclusivamente del sexo masculino, la cual se demuestra en este estudio en donde vemos la ausencia de mujeres en los grupos de A.A.
5. El alcohólico manifestó que su escaso conocimiento sobre las enfermedades provocadas por el alcohol, le fortalece su intención de dejar la bebida, por la cual concluimos que niveles mayores de conocimiento puede favorecer positivamente el logro de la abstinencia.



6. La presencia de la idea de Dios en las doce tradiciones del A.A., se manifiesta en el hecho de que un 86.3%; considera necesario tener una religión para lograr dejar la bebida.
7. En los grupos de A.A. asisten personas con diferentes grados de dependencia (bebedores con problemas o alcohólicos) la cual determina los distintos grados de éxito.
8. El mejor tratamiento del alcoholismo, es la prevención, especialmente en los grupos de riesgo.

## X. RECOMENDACIONES

1. Los médicos deben detectar adecuadamente los signos y síntomas del alcoholismo en todos sus pacientes, y ofrecerles información sobre las alternativas de tratamiento existentes en el medio. Los grupos de A.A. es una de las más importantes de ellas.
2. Hay datos y estudios concluyentes en la etiología biológica del alcoholismo, por lo que recomiendo detectar antecedentes familiares en los pacientes, por que mas vale una acción preventiva a tiempo, que tratar al paciente por los problemas clínicos agudos y crónicos por el alcoholismo.
3. El médico debe de acercarse a los grupos de A.A. y contribuir al logro de la abstinencia con los recursos profesionales que posee.
4. La familia del A.A. debe actuar con madurez y paciencia ante el problema del alcoholismo, y brindar en todo momento una actitud abierta y así favorecer un mejor pronóstico en el tratamiento del pariente alcohólico.

## XI. RESUMEN

El alcoholismo es un problema cuyas terribles consecuencias afectan al que la padece desde todas las esferas de su existencia. En su etiología existen factores básicamente familiares o genéticos, las cuales aparentemente se manifiestan cuando el ambiente físico, social y mental del individuo le son propicios.

Desde tiempos inmemorables el hombre ha padecido esta enfermedad, y autores de distintas épocas las describieron en su momento. El alcoholismo como problema, desde entonces, jamás se la ha hallado una solución más adecuada, efectiva y accesible hasta finales de 1935; cuando Bill W. y el Dr. Bob, recuperados de su problema de alcoholismo, idearon un mecanismo que ofreciera una esperanza para los alcohólicos. Desde entonces los grupos de A.A. se han extendido por casi todo el mundo, obviamente atraído por sus excelentes resultados para mantener la abstinencia y llegar a la sobriedad.

En el desarrollo del presente trabajo se han presentado los resultados, los cuales el mismo lector podrá juzgar y verificar lo dicho.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cecil; Tratado de Medicina Interna. 17a. Edición.
2. Harrison; Principios de Medicina Interna. 11a. Edición.
3. Goodman y Gilman; Bases farmacológicas de la terapéutica. 7a. Edición.
4. Ganong; Fisiología Médica. 10a. Edición.
5. Manual Merck de Medicina. 9a. Edición
6. Williams, Obstetricia, 3a. Edición.
7. Castro Edilzar. ¿Se considera usted un Alcohólico? APROFAM.
8. Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un Comité de expertos. OMS 1980.
9. Acuña Guerra J. Alcoholismo y factores predisponentes. Tesis 1983.
10. García Espinoza A. Alcoholismo en el Médico. Tesis 1982.
11. Zuñiga V. Alcoholismo y su morbilidad. Tesis 1982.
12. Duarte H. Alcoholismo y función ventricular. Tesis 1993.
13. American Journal of Public Health. Junio 93 vol. 83 # 6
14. Metodología de la investigación. Serie Paltés # 35.
15. Diccionario Enciclopédico. Oceano Uno Ed. 95.
16. Scientific American Inc PSIQUIATRIA. 1989.
17. Alcohólicos Anónimos A.A. World Services Inc 1992.
18. Revista formativa del centro de recuperación del enfermo alcohólico. Patronato Antialcohólico. Mayo-junio 1991.

## XIII. ANEXOS

Instrumento para registrar datos generales y de abstinencia del A.A.

No. Clave del A.A. \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Tiempo de pertenecer  
a A.A. (meses) \_\_\_\_\_

Abstinencia en:

1ra. Semana \_\_\_\_\_

2da. Semana \_\_\_\_\_

3ra. Semana \_\_\_\_\_

4ta. Semana \_\_\_\_\_

Dirección domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones:

## INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Cuestionario (para ser contestado por entrevista)

1. A consideración suya, ¿Cuál es el aspecto más importante que ayuda al A.A. a lograr la abstinencia en A.A.?
2. ¿Cree usted estrictamente necesario ejercer una religión para lograr dejar la bebida?
3. ¿Cree usted que el apoyo familiar para dejar la bebida le ayuda para estar en abstinencia?
4. ¿Cree usted que tener algunos conocimientos sobre las enfermedades que provoca el alcohol, son motivos para dejar de beber?
5. ¿Cree usted que una actitud de optimismo contribuye a estar en abstinencia?