



RESUMEN

El alcoholismo está constituido como uno de los problemas de Salud Pública de importante magnitud. El alcoholismo levanta también gran preocupación en las empresas por el perjuicio que trae a la producción; de igual forma en nuestra Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, los trabajadores presentan problemas de alcoholismo, es así que este estudio demostrará cómo influencia considerablemente el alcoholismo tanto en sus familias presentando problemas de violencia intrafamiliar, conflictos laborales y disfunción familiar. La presente investigación constituye uno de los mayores problemas detectado en la empresa a partir de un análisis de los datos de una encuesta socio económica, aplicada a los trabajadores en el año 2006 por la Oficina de Trabajo Social.

Se realizó un estudio cuantitativo de prevalencia, de corte longitudinal en el período comprendido entre febrero a julio de 2009. La muestra fue representativa y aleatoria; en el grupo de trabajadores se seleccionó un tamaño de muestra de 161 casos (todo el grupo de sexo masculino), con una frecuencia esperada del 5%, con un nivel de confianza de 99%, teniendo en cuenta que existe 222 trabajadores; se identificó los casos de alcoholismo y de disfuncionalidad familiar, así como también: violencia intrafamiliar, y rendimiento laboral.

Para el levantamiento de los datos se utilizó un cuestionario validado previamente, que fue registrado por los trabajadores, dentro del mismo fue incluido el Test de Apgar Familiar ¹, luego la información fue procesada por medio del análisis, hoja del programa SPSS 15.0 Evaluación

En el estudio se encontró que el porcentaje que consumen alcohol es el 67,7%; el consumo de alcohol de los trabajadores fue de 1 - 5 veces al mes, en el 10.6%, el mismo porcentaje se refiere a trabajadores que consumen en las mañanas. El porcentaje referente a disfunción familiar no fue significativo, la



gran mayoría desarrolla un buen funcionamiento familiar. La relación conyugal, del grupo de bebedores, muestra porcentajes altos de violencia familiar.

PALABRAS CLAVES: Alcoholismo, violencia intrafamiliar, conflictos laborales, disfunción laboral, trabajadores EMAC



INDICE

Introducción	9
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO	16
1.1. Concepto del Alcoholismo	16
1.2. Tipos De Intoxicaciones	16
1.2.1. Embriaguez Ordinaria	16
1.2.2. Embriaguez Patológica	18
1.2.3. Alcoholismo Crónico	19
1.3. Psicosis Alcohólica	21
1.3.1. Delirium Tremens	21
1.3.2. Alucinosis Alcohólica Aguda	23
1.3.3. Depresión Alcohólica	24
1.3.4. Pseudoparálisis Alcohólica	25
1.3.5. Psicosis De Korsakov	25
1.3.6. Psicosis Alcohólica Delirante Crónica	26
1.3.7. Debilidad Alcohólica	28
1.4. Etiología del Alcoholismo Crónico	28
1.5. Fisiología Patológica	28
1.6. Tratamiento Médico Del Alcoholismo Crónico	29
1.7. Peritación	31
1.8. La familia	31
1.8.1. Estructura Familiar	32
1.8.2. Solución de Conflictos	35
1.8.3. Ambiente Emocional	36
1.8.4. Etapas del Ciclo Vital Familiar	37
1.9. Metas y funciones de la Terapia Estructural	39
1.10. Violencia Intrafamiliar	40
1.10.1. Factores de la Violencia Intrafamiliar	40
1.10.2. Efectos de la Violencia intrafamiliar	41
1.10.3. Consecuencias del Alcoholismo en la familia	43
1.10.4. Hijos de alcohólicos	43
DRA. SANDRA URGILÉS LEÓN / 2010	3



1.11. El alcoholismo en el trabajo	44
1.11.1. Distintos Enfoques	45
1.11.2. Consecuencias Del Alcohol En El Trabajo	47
1.12. Actitud del Trabajador Social	49
CAPITULO II	
2. DISEÑO METODOLOGICO	50
2.1 Tipo de Estudio	50
2.2 Universo y Muestra	50
Área de Estudio	50
2.3 Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección Datos	51
2.4 Variables y Medición	51
2.5 Procedimientos	52
2.6 Implicaciones Éticas	53
CAPITULO III	
3.1 Resultados	54
CAPITULO IV	
4. Discusión	71
CAPITULO V	
5.1 Conclusiones	73
CAPITULO VI	
6. Referencias Bibliográficas	75
6.1 Bibliografía	77
6.2 Glosario	79



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE DERECHO

“PREVALENCIA DEL ALCOHOLISMO Y LAS CONSECUENCIAS EN LA
FAMILIA DE LOS TRABAJADORES DE LA EMAC 2009”

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL FAMILIAR

AUTORA: DRA. SANDRA URGILÉS LEÓN

DIRECTOR: DR. GUIDO PINOS

CUENCA - ECUADOR

2010



DEDICATORIA

A mis hijos dedico esta investigación, fuentes
necesarias de mi superación personal.

Sandra



AGRADECIMIENTO

Agradezco, a la Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Escuela de Trabajo Social y Orientación Familiar; debido a los conocimientos impartidos. Al Dr. Guido Pinos, Director del presente estudio, por su disposición para dirigirme en la presente investigación. A la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, por su contribución y colaboración.

SANDRA



RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en el presente trabajo de investigación son de absoluta responsabilidad de la autora



INTRODUCCION

El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural es influida por creencias, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y antiansiolítico. Su consumo puede presentar consecuencias peligrosas directas e indirectas que afectan al individuo, **familia** o sociedad; así como la productividad, **economía** y las condiciones **laborales**. El alcoholismo está constituido como uno de los problemas de Salud Pública de importante magnitud.²

Las situaciones de trabajo que representan un riesgo mayor para el consumo alcohólico, son actividades socialmente desprestigiadas, donde la tensión generada es constante como es el caso de la EMAC (Empresa Municipal de Aseo de Cuenca), que se dedica a la recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos.

Estudios han reportado el impacto del consumo de alcohol de los trabajadores en los costos, donde revelan que las cifras ascendieron a 70.000 millones de dólares en Estados Unidos en 1985 y el costo global económico fue estimado en 148 billones en 1992. Así mismo se ha documentado que los niveles de productividad de los empleados que abusan del alcohol típicamente descienden del 40 al 25% y que alrededor del 5% de los trabajadores reporta un accidente relacionado al trabajo.³

El exagerado consumo de alcohol es un problema social, familiar y laboral, considerado por la Organización Mundial de la Salud en 1955 como una enfermedad.⁴

Como consecuencia del consumo de alcohol, vemos que tiene su impacto prioritariamente en la funcionalidad familiar que fue entendida como procesos de agudización de las contradicciones internas familiares que ponen de manifiesto la necesidad de un ajuste de las relaciones, en función de las



demandas provenientes del propio medio interno familiar y de su relación con el medio externo. En este caso, como una consecuencia del alcoholismo.

Por lo anteriormente descrito surge el interés de realizar el presente estudio, con el objetivo de describir el consumo de alcohol y su impacto familiar en los trabajadores de la EMAC.

Esta investigación se realizó en los trabajadores de la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, quienes presentan problemas de alcoholismo y el impacto en la familia que desencadena.

Dentro de la empresa EMAC, el índice es alto, el 23% de trabajadores tienen este problema y presentan conflictos con su familia y en la institución.⁵

La hipótesis que guió la búsqueda de la información para la presente investigación fue la siguiente:

“Los trabajadores que consumen alcohol regularmente tienen el riesgo de provocar disfunción familiar, crear problemas laborales y sufrir violencia intrafamiliar”

Luego de haber escogido la técnica de investigación cuantitativa, desarrollamos las variables:

Independiente: Consumo de alcohol

Dependiente: Disfunción Familiar, Moderadora: edad, estado civil, instrucción.

Interviniente: Violencia Intrafamiliar y Problemas Laborales.

Con las mismas formulé la operacionalización de las variables y con los indicadores desarrollamos la encuesta a ser aplicada a los trabajadores.



Luego del análisis de los datos recolectados en las encuestas, describimos cada variable, los hallazgos obtenidos, las relaciones de los resultados encontrados en otros trabajos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los relatos de los Jesuitas, escritos a mediados del siglo XVI, abundan en descripciones de abuso del alcohol, que, al juzgar por esas crónicas, dañaban seriamente la salud y la capacidad para el trabajo de los indígenas. Se mencionaban hábitos de beber que escapaban a lo ceremonial, que podrían haber configurado cuadros de dependencia al consumo de alcohol. Cabe preguntarse si ya entonces el choque de las culturas, el desarraigo y la transculturación estaban produciendo los primeros alcoholistas de Argentina.⁶

Los foros nacionales e internacionales, la literatura científica, los resultados de investigaciones epidemiológicas, las autoridades de salud y estudiosos del tema, coinciden en considerar que la adición más generalizada de la sociedad contemporánea es el alcohol.

En el Ecuador, en las comunidades campesinas, sobre todo en la sierra, se conserva el patrón estimulante durante la minga por medio de la cual se realiza la mayor cantidad de obras comunitarias. También puede describirse este modelo en la mayoría de actividades desarrolladas dentro de la agricultura (arada, siembra, deshierba, cosecha).

Existen algunos hábitos de beber que están ligados a algunas profesiones: como los pintores, trabajadores de imprenta, que beben supuestamente para prevenir la intoxicación con plomo; los **barrenderos**, para combatir el frío y los malos olores, los veladores nocturnos, para la mala noche; los estibadores para un mayor rendimiento en su actividad al igual que los obreros de la construcción.⁷



En una encuesta realizada en el hospital del Seguro Social de Cuenca, entre 1969 y 1972, se encontró que la mayoría de pacientes atendidos por problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas eran profesores de escuela, y luego los obreros de recolección de desechos.⁸

En comunidades rurales del Azuay el consumo de alcohol, tiene repercusión en cambios culturales así como en ser productoras de aguardiente como Yunguilla y Chaucha; el uso del alcohol como medicina, energizante, estimulante del sexo, como fuente de alimentación, costumbres más arraigadas en sociedades tradicionales que en aquéllas que han recibido influencias externas. Existe un alto consumo de alcohol en Chaucha el 55.3% y en Yunguilla el 44%.⁹

En la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, los trabajadores tienen un alto índice de alcoholismo, este problema viene incrementándose desde que pertenecían al Municipio de Cuenca, cuando el Departamento de Sanidad se separó de esta institución y conformó la Empresa de Aseo de Cuenca, trasladándose con todos los recursos incluyendo el recurso humano, pero este grupo vino con problemas que no habían sido resueltos por la institución anterior, y tampoco se enfrentó este problema a profundidad en la empresa actual, hasta que la Oficina de Trabajo Social aplica la encuesta socio económica y en su análisis aparece el problema de alcoholismo como primer factor de conflicto familiar y laboral.¹⁰

Entonces vemos que el alcoholismo tiene repercusiones en la empresa debido a problemas familiares, laborales, sociales ocasionando ausentismo laboral, problemas de salud, violencia intrafamiliar, dificultad en la socialización.

Por lo que el trabajador si no se presentaría alcoholizado en su trabajo, se desarrollaría en óptimas condiciones, estaría dispuesto a cumplir su jornada laboral obteniendo de él un alto rendimiento en tiempos estimados, disminuyendo el ausentismo, debido a problemas de salud y a faltas injustificadas; por el contrario el problema se agudiza porque los trabajadores no han tomado conciencia del problema del alcoholismo que presentan en sus



familias y por consiguiente en el trabajo, y que están perdiendo las capacidades motrices, intelectuales, no puede captar las órdenes impartidas, se vuelve difícil la socialización con sus compañeros.

Una vez detectadas las causas del problema, se vuelve prioritario realizar cambios en la forma de enfrentarlo, una alternativa de solución sería someterlos a tratamientos en centros especializados, y en grupos de auto ayuda, atención médica especializada, orientación a la familia, y ésta que sea parte integrante de la recuperación del enfermo alcohólico, así como apoyar y dirigir al trabajador consumidor de alcohol en los programas que tiene previsto el Plan de Acción de la Oficina de Trabajo Social, de esta forma se estaría velando por la integridad y salud del trabajador.¹¹

Resultado de esta atención al problema del alcoholismo obtendremos una disminución del alcoholismo y al cumplir con este objetivo estaremos contribuyendo a satisfacer las necesidades de la empresa así como mejorar las condiciones de los trabajadores presos de esta terrible enfermedad que acaba con la familia, trabajo y su entorno social.



JUSTIFICACION

El presente tema ha sido cuidadosamente elegido para investigación porque tiene una connotación a nivel mundial, nacional, local e institucional, donde los problemas laborales comienzan a salir a la luz, debido a las constantes enfermedades disfrazadas de los trabajadores, que investigadas en su gran mayoría provienen del consumo de alcohol y sus desencadenantes en la familia y en el trabajo y mediante este estudio se buscará dar una respuesta a esta problemática.

En un análisis previo se ha determinado que el 23% de trabajadores, sufren problemas de consumo de alcohol, razón suficiente para iniciar un estudio de esta prevalencia y sobre todo las consecuencias que de este problema se derivan y no dejará de ser responsabilidad social de la institución investigar este tema de gran trascendencia para erradicar las condiciones de consumo de alcohol de los trabajadores.

Existe consenso unánime al considerar al alcoholismo como una enfermedad que trasciende lo puramente bio-psico-social; supera los límites de problema de salud pública y se ubica finalmente en el contexto amplio de la patología social, no sólo por sus graves secuelas a nivel de la desestructuración familiar, sino también por sus directas relaciones con accidentalidad, mortalidad, violencia intrafamiliar, suicidios, y en el área de lo laboral con ausentismos, baja productividad, incapacidades y desempleo por deserciones y despidos.

Entonces sería urgente y necesario resolver el problema de consumo de alcohol en los trabajadores de la institución, antes de que este problema se incremente en forma considerable llegando a deteriorar las relaciones laborales, familiares y por ende destruyéndose el individuo como ser humano.

Este estudio demostrará cómo influencia considerablemente el alcoholismo tanto en sus familias presentando disfunción familiar, violencia intrafamiliar,



así como problemas en el área laboral: conflictos laborales, ausentismo y un deficiente rendimiento en sus labores afectando la calidad de trabajo.

Esta investigación dará lugar al inicio de proyectos encaminados a tratar y sanear el ambiente laboral de este y otros problemas que puedan presentarse en el entorno del trabajador.

Razones suficientes para investigar el consumo alcoholismo y el impacto familiar y laboral.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Investigar la prevalencia del alcoholismo en la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, para crear estrategias que sirvan en la curación y prevención de dicha enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar si el alcoholismo genera disfunción familiar.
- Verificar si el consumo del alcohol influencia el área laboral.
- Conocer asociación entre consumo de alcohol y violencia Intrafamiliar.
- Crear estrategias coadyuvantes en la curación y prevención del alcoholismo.



CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTOS DEL ALCOHOLISMO

Conjunto de trastornos ocasionados por el abuso de bebidas alcohólicas o consecuencia grave de un prolongado y excesivo consumo de las mismas.

Según el DSM-IV, la intoxicación por alcohol se caracteriza por la aparición de cambios psicológicos, comportamentales y desadaptativos, clínicamente significativos, que suelen presentarse durante la intoxicación o pocos minutos después de haber ingerido alcohol: sexualidad inapropiada, agresividad, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social. Durante el consumo de alcohol, o poco tiempo después, pueden aparecer uno o más de los siguientes síntomas: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria y estupor o coma.¹²

1.2 TIPOS DE INTOXICACIONES

Según la Enciclopedia de Psicología de I.F. Sluchevski, hace una clasificación de los tipos de intoxicaciones en embriaguez ordinaria o llamada también intoxicación alcohólica aguda e intoxicación patológica.¹³

1.2.1 EMBRIAGUEZ ORDINARIA

La embriaguez alcohólica, ordinaria, se manifiesta de formas diversas, según las personas. El ebrio se muestra alegre, se ríe, bromea, aparece la excitación motora, el ebrio gesticula y se mueve mucho, se sobrevalora la propia persona, a ello se intensifica el deseo sexual, aumenta la afectividad, lo que conduce al ebrio a conflictos y agresiones, generalmente se le enrojece la cara, poco a



poco, en el transcurso de dos a cuatro horas, la excitación cede lugar a la depresión, languidez y somnolencia.

La embriaguez ordinaria también puede ser de grado medio a grave. En el grado medio, los anteriores fenómenos se hacen más manifiestos. La persona embriagada salta de un pensamiento a otro. Se trastorna mucho la atención, que es atraída por excitaciones casuales y sin importancia. El instinto sexual se manifiesta en sus formas más groseras y crudas. Al menor pretexto el ebrio se pone furioso y se encoleriza, inoportuna a cuantos le rodean, habla sin descanso, no escucha a nadie, grita, canta e insulta; los movimientos pierden coordinación, lo que se manifiesta en las manos como en la marcha. El habla se hace menos inteligible, sin modulación; generalmente esta situación conduce pronto a un profundo sueño.

El grado grave de embriaguez se manifiesta por un trastorno más pronunciado aún de la actividad psíquica. El ebrio pierde la orientación con respecto al lugar, tiempo y personas que le rodean. El habla es completamente incoherente y queda reducida a palabras sueltas y aun a sílabas sin sentido; no reacciona en absoluto a las preguntas ni las comprende. Los trastornos de coordinación de movimientos son muy manifiestos, por lo que el sujeto embriagado no puede realizar ninguna acción completa. Se producen vómitos y salivación, aumenta la diuresis. La respiración se hace lenta y profunda, aparecen las arritmias. Puede producirse hasta la muerte. El pulso es muy frecuente o lento, se produce un sueño profundo. Se pierde en mayor o menor grado la sensibilidad al dolor y desaparecen los reflejos, incluso el pupilar a la luz. En tales casos puede producirse hasta la muerte.

Este grado grave se caracteriza siempre por la subsiguiente amnesia de todo lo que tuvo lugar durante la embriaguez. No es rara la amnesia completa o parcial en el grado medio. Además se advierten otras manifestaciones patológicas, entre estos trastornos figuran la gran debilidad de la atención, de la memoria, y, sobre todo, del recuerdo.



Según la clasificación CIE -10, debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:

Desinhibición, Beligerancia verbal, Agresividad, Labilidad del humor, Deterioro de la atención, Juicio alterado, Interferencia en el funcionamiento personal.¹⁴

1.2.2 EMBRIAGUEZ PATOLOGICA

La embriaguez patológica es un trastorno psíquico de corta duración que puede producirse con una pequeña cantidad de alcohol. Dicho trastorno desaparece generalmente de súbito y adopta de ordinario el carácter de formas epileptoides o alucinatorio-delirantes.

El insomnio continuado obligado, el cansancio, la alimentación insuficiente, el haber padecido poco antes una enfermedad grave y agotadora, o una larga excitación emocional especialmente relacionada con sufrimientos graves que debilitan el sistema nervioso, pueden ser campo abonado para el desarrollo de la embriaguez patológica. Predisponen a la embriaguez patológica la personalidad epiléptica y algunas situaciones psicopáticas.

- a) La forma epileptoide se llama así porque por su aspecto recuerda los estados crepusculares de la epilepsia. La conciencia queda profundamente obnubilada, apareciendo la desorientación con respecto al medio ambiente. Aparecen ideas delirantes y alucinaciones, por lo general de carácter terrorífico. Todo esto va acompañado de excitación motora y de tendencia a realizar acciones destructivas, crueles y agresivas, lo que determina el peligro social que estas personas representan.

- b) La forma alucinatorio-delirante se manifiesta por un trastorno de la conciencia en el que la percepción del medio ambiente se altera y aparecen repentinas ideas delirantes, sobre todo de persecución, y también alucinaciones. Frecuentemente en estos casos cambia el



estado de ánimo, manifestaciones de terror (los persiguen, corren tras ellos). En esta situación, las personas en estado de embriaguez patológica representan un gran peligro social y pueden cometer homicidios y otros actos agresivos.

Las dos formas de la embriaguez patológica acaban, tan de improviso como empezaron, con un sueño muy profundo que linda con el coma.

“Marco, 46 años, trabajador de la EMAC. Bebe desde los 16 años. Esperando el bus para su domicilio, tomó unos tragos, no había dormido bien las días anteriores, tampoco se había alimentado bien, en el trayecto a su casa dentro del bus, no se acuerda de lo que ocurrió después de consumir unos cuatro tragos. Se despierta en la comisaría. El expediente nos indica que intentó ahorcar a un pasajero en el bus; gritó que no permitía que se le espíara, acusando al conductor de que lo perseguía. Intentó saltar por la ventana, pero se lo impidieron los pasajeros. Al llegar a otra parada, el enfermo consiguió escapar y saltó del bus”.

En el hospital psiquiátrico no se le encuentra la menor alteración psíquica ni física. No recuerda en absoluto lo sucedido”.

*Diagnóstico: embriaguez patológica”.*¹⁵

1.2.3 ALCOHOLISMO CRÓNICO

Existen individuos que empiezan a tomar alcohol en ciertas circunstancias para desinhibirse, y con esto se inicia el consumo de las bebidas. Aparece así un estado patológico estable que lleva el nombre de alcoholismo crónico, en el que la nueva dosis de alcohol se ingiere de ordinario antes que la anterior haya sido eliminada del organismo. Un síntoma importante del alcoholismo crónico es el estado de resaca.



A la mañana siguiente de haber tomado alcohol se observa un estado de depresión y tristeza, apareciendo ideas de tipo delirante de inferioridad y culpabilidad. Es muy típico de acusarse de hechos realizados la víspera. La capacidad de trabajo disminuye fuertemente; también siente malestar físico, cansancio, peso en la cabeza y sensación de desagrado localizada en las regiones cardíacas y el aparato digestivo. Es también común el temblor, especialmente en los dedos de las manos. Este grave estado desaparece al instante con sólo tomar aunque sea una dosis mínima de alcohol. Por esto, quien se encuentra en tal estado siente deseos de beber de nuevo.

Hay varios síntomas característicos del alcoholismo crónico. Ante todo debemos detenernos en los trastornos de la esfera afectiva; poco a poco la afectividad se hace más grosera. Los sentimientos superiores, sociales, éticos y morales se debilitan paulatinamente y se manifiesta cada vez más intensa la afectividad inferior, relacionada con la tendencia a satisfacer los bajos instintos. Así el alcohólico crónico se hace cada vez más egoísta. Comienza a considerarse víctima de cuantos le rodean, como si fueran injustos con él. Explica sus borracheras como una necesidad impuesta por las dificultades familiares y del trabajo, aunque estas dificultades se deben principalmente al abuso del alcohol.

Se acentúa un grosero egoísmo con la idea dominante de otra borrachera, que le hace desinteresarse completamente de sus obligaciones. Esto conduce a una especie de degradación de su trabajo. El alcohólico deja de cumplir debidamente lo que se le encomienda, perdiendo todo interés hacia ello. Viene el descenso de categoría, el traslado a un puesto peor remunerado y, finalmente, el despido. A esto contribuyen las ausencias injustificadas al trabajo debido a las borracheras. La degradación va en aumento en este sentido y el alcohólico crónico empieza a cambiar frecuentemente de ocupación, sin arraigar en ninguno va perdiendo todos sus conocimientos profesionales y hábitos de trabajo.



Aquí es donde se inician los conflictos familiares, porque comienza a debilitarse la economía familiar, los ingresos van disminuyendo y esto ocasiona disputas con la mujer y los parientes, todo esto conlleva a agravar los problemas, además, porque sin interés alguno por la familia se muestra grosero en el trato con ella, especialmente en estado de embriaguez, disminuye la actividad sexual. En algunos casos esto acaba por desintegrarla totalmente.

Según el CIE-10, para que se dé esta intoxicación patológica debe cumplir lo siguiente:

- Criterios generales de intoxicación aguda, con la excepción de que la intoxicación patológica se produzca después de haber bebido cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.
- Presencia de agresividad verbal o comportamiento violento que no es habitual cuando la persona está sobria.
- La intoxicación se produce muy pronto (normalmente en pocos minutos) tras el consumo de alcohol.
- No hay evidencia de un trastorno cerebral o mental.¹⁶

1.3 PSICOSIS ALCOHOLICAS

El alcoholismo crónico da lugar a psicosis agudas, subagudas y crónicas. De la primera se desprende el delirium tremens, la alucinación alcohólica aguda y la depresión alcohólica. Dentro de las subagudas están la pseudoparálisis alcohólica y la psicosis de Korsakov. Dentro de la psicosis crónica figuran la psicosis delirante y la debilidad mental alcohólica.

1.3.1 DELIRIUM TREMENS

Es una consecuencia del alcoholismo crónico, y luego de una gran borrachera, aparece con fuertes cefaleas, insomnio, los alcohólicos pueden dejar de beber. Se presenta con alucinaciones visuales como animales en movimiento, arañas,



ratas, serpientes, diablito con cuernos que le sacan la lengua, los enfermos cazan sobre su cuerpo a estos animales, los matan, los arrojan al suelo. También tienen alucinaciones auditivas, oyen voces, contra él, críticas, amenazas, pelea con ellas. Y alucinaciones táctiles, sienten que les cogen las manos, el cuerpo.

En el delirium tremens las ideas delirantes reflejan las escenas de persecución y de celos, demuestran su depresión o su inquietud. Y bajo estas influencias los enfermos pueden acabar poniendo fin a su vida.

El delirium tremens presenta también determinados síntomas somáticos, como el temblor generalizado, escalofrío, pupilas dilatadas, elevación de temperatura hasta 41 grados, el pulso y la tensión arterial elevada, aparecen enfermedades digestivas. I. F. Sluchevski, que el delirium tremens dura de tres a cinco días. La enfermedad suele acabar tan pronto como empezó. Los síntomas desaparecen en el curso de unas horas. Los enfermos se duermen con un sueño profundo y largo y se despiertan curados.

“Pablo, 51 año, trabajador de la EMAC, bebe alcohol desde los 15 años, al principio bebía de vez en cuando. Los últimos años bebe todos los días y a veces más. Suele quitarse la borrachera con una cerveza. Antes de ingresar al hospital dormía muy poco y padecía fuertes dolores del estómago. Durante la noche veía monstruos que se lanzaban contra él, tenía celos de su mujer, sentía que lo espiaban. En el hospital demuestra intranquilidad, sueño insuficiente, bajo la acción de narcóticos, lengua sucia, pulso frecuente, gran temblor en los dedos de las manos, temblor en el cuerpo.

Esta situación continúa tres días, disminuyen las alucinaciones y aparecen solo en las noches, luego van desapareciendo, hasta hacerlo por completo, presenta el enfermo debilidad, temblor en las manos, queda ingresado en el hospital psiquiátrico, con tratamiento para tres meses.

*Diagnóstico: delirium tremens”.*¹⁷



1.3.2 ALUCINOSIS ALCOHÓLICA AGUDA

El síntoma principal de la enfermedad son las alucinaciones auditivas, que atacan frecuentemente en la tarde y noche parecidas a la del delirium tremens. Los enfermos oyen voces que les injurian, amenaza y censuran, a medida que avanza la enfermedad las voces se acentúan más y más, aparecen ideas delirantes de persecución, junto con delirio de celos; piensan que les quieren matar, que existe una conspiración en la cual toma parte la esposa, se encuentran deprimidos, a diferencia del delirium tremens, los enfermos se orientan en el lugar, el tiempo y las personas que lo rodean. Bajo la influencia de la alucinosis pueden cometer homicidios, provocar incendios, graves lesiones. La enfermedad dura unas cinco semanas y acaba por curarse.

“Mario de 38 años, trabajador de la EMAC. Su padre y abuelo abusaban del alcohol, bebe desde los 18 años, gradualmente entre cinco y ocho copas al día; bebe para quitarse el chuchaqui.

Antes de ingresar al hospital psiquiátrico se vio abrumado por la tristeza, comenzó a notar en su trabajo que lo vigilaban, luego aparecieron las voces a toda hora en el día, le decían que: “Cómo has bebido con tu primo”, oía amenazas: “Vamos a ahorcarle”.

Dejó el trabajo, huyó de su casa, pensando que en su casa tenía las amenazas, pero le perseguían las voces, acudió a la policía judicial para denunciar que lo perseguían y fue enviado al hospital.

En el hospital tiene conciencia de su enfermedad, pero también allí existen personas sospechosas. Tiene frecuentes alucinaciones auditivas, las voces se anticipan a sus acciones y por esta situación el trabajador no sabe cómo conducirse, se muestra deprimido y se manifiestan ideas delirantes de inferioridad. Existe temblor acentuado de los párpados y de los dedos de las manos extendidas. Esta situación continúa durante un mes, van desapareciendo las voces, se le da de alta luego del tiempo establecido.



*Diagnóstico: Alucinosis alcohólica aguda.*¹⁸

1.3.3 DEPRESION ALCOHOLICA

El enfermo se presenta deprimido, con ideas delirantes y culpabilidad, con persecución, se dicen de sí mismos que son repugnantes, borrachos, sienten culpabilidad, y que deben sufrir un castigo; que la policía quiere detenerlos y procesarlos. Las voces insultan al enfermo, lo amenazan. Generalmente se desorienta en el espacio, el tiempo y las personas que le rodean. La depresión alcohólica puede durar de tres a seis semanas, y puede prolongarse hasta cuatro meses.

“Pedro, 36 años, el padre y su hermano abusaban del alcohol. Se inició en la bebida a los 18 años, con este motivo había frecuentes escándalos en la familia, en los que él veía que la causa era el abuso del alcohol; bebe para quitarse el chuchaqui.

Hace 5 años fue internado en el hospital psiquiátrico por un mes, por este mismo tema, pero sus compañeros lo condujeron a beber al mes.

Al ingresar hace un mes nuevamente en este centro, sufría de depresión y terrores infundados, le perseguían ideas que trabajaba mal, que no le querían.

Cuando bebía su ánimo mejoraba, luego aumentaba la tristeza, imaginaba que la única solución era quitarse la vida desde un río, manifiesta ideas delirantes de culpabilidad, se considera borracho, despreciable, un mal padre, su mujer la desprecia al igual que sus compañeros, no se relaciona con las personas que le rodean, pasó mucho tiempo en la cama.

*Diagnóstico: Depresión Alcohólica.*¹⁹



1.3.4 PSEUDOPARALISIS ALCOHOLICA

Esta psicosis puede durar algunos meses, se caracteriza por debilitación gradual de las distintas formas de actividad psíquica, sufre la memoria y la atención, se dificulta el proceso retentivo y del recuerdo, el enfermo no puede concentrarse en una tarea concreta, se distrae y comete equivocaciones. Los enfermos aparentan ser apacibles y otras veces eufóricos; tienen ideas delirantes de grandeza. Presentan temblor general, sobre todo en la lengua y en los dedos de las manos.

Estos desaparecen cuando el enfermo deja de beber e ingresa a un establecimiento psiquiátrico, la enfermedad dura de tres a cuatro meses a veces hasta siete meses. La curación es completa, a veces quedan con un defecto en la esfera sensorial, intelectual y de la memoria.

1.3.5 PSICOSIS DE KORSAKOV

Lleva este nombre en recuerdo al célebre psiquiatra ruso Kórsakov. Esta aparece tras el delirium tremens, con profundos trastornos de la memoria, con crecientes fenómenos de amnesia, afectando en alto grado el recuerdo, la memoria es buena para hechos lejanos, pero se pierden los ocurridos después del principio de la demencia, no recuerda que platos ha comido o si ha comido, saluda varias veces a una misma persona y por lo general no sabe el nombre del médico que lo trata, a pesar de que los ve diariamente. Estos trastornos graves de la memoria determinan una completa desorientación del enfermo en el lugar, tiempo y personas que lo rodean. Este síntoma es una debilitación general de la actividad intelectual.

La enfermedad dura algunos meses y puede acabar con un total restablecimiento o desaparición gradual de los síntomas, tanto psicopatológicos, como neurológicos.



1.3.6 PSICOSIS ALCOHOLICA DELIRANTE CRONICA

La característica de esta psicosis es el delirio de persecución: la exacerbación del impulso sexual, aparecido en situación de embriaguez habitual, suele ir unido a una debilidad sexual creciente, que llega hasta la impotencia completa. La negativa sexual creciente de la esposa y los constantes escándalos por las borracheras da como pretexto el acusarla de adulterio, por ello en los alcohólicos son frecuentes los celos.

La psicosis delirante crónica se desarrolla según el tipo parafrénico. El enfermo muestra algunas alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas, las voces le dicen que su mujer le engaña, se ríen de él, le llaman cornudo; se oye cómo en otra habitación su mujer y el imaginario amante quieren matarle, le desacreditan en el trabajo, lo tratan de envenenar, esta afirmación es consecuencia de alucinaciones del olfato y del gusto, al tomar el alimento el enfermo siente la presencia de sustancias venenosas.

El delirio es sistemático y prolongado, en la primera etapa los trastornos se limitan a lo que ocurre en el alcohólico crónico, pero después de algunos años, producto de la enfermedad empiezan a manifestarse fenómenos de pobreza psíquica, las alucinaciones se hacen turbias, y las ideas delirantes son cada vez más absurdas.

La psicosis delirante crónica se desarrolla también según el tipo paranoico. La idea delirante de celos aparece a menudo sin delirio de persecución, el delirio avanza lentamente, por lo que se vuelve difícil determinar la fecha en que los celos del alcohólico crónico que vienen padeciendo durante años, se transforman en ideas delirantes con interpretación de hechos reales. Si su mujer saluda con algún hombre, significa que son conocidos, si llega tarde del trabajo, significa que estuvo con el amante, si habló con el jefe significa que tienen relaciones íntimas entre ellos. Todas estas ideas delirantes pueden desaparecer sobre todo si el alcohólico crónico deja de beber, pero pueden



aflorar nuevamente con la misma intensidad o aún mayor. Generalmente en la vejez, las ideas delirantes palidecen y también debilitan toda actividad psíquica.

“Luis, 49 años, trabajador de la EMAC, abusa del alcohol desde los 20 años, bebe cada vez más. Decide ir a su pueblo a visitar a su esposa, en el camino empezó a oír voces que le advertían de la traición de ésta, veía a gentes que le seguían con el ánimo de matarle, regresa a su ciudad donde es internado en una clínica psiquiátrica, allí sufre de alucinaciones auditivas y olfativas, manifestaba un delirio progresivo de celos y persecución, decía que querían acabar con él, se sentía deprimido e inquieto, mostraba un delirio de grandeza, una persona de gran cultura, daba órdenes; disminución intelectual y de la memoria”.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica delirante crónica (forma parafrénica).²⁰

“Alberto, 53 años, trabajador de la EMAC. Su padre abusó del alcohol, bebe desde los 15 años; los últimos cuatro años, bebe demasiado, gasta todo su dinero en alcohol, y vende cosas para beber. Irresponsable con sus hijos, sobrevalora su personalidad.

Padece desde hace dos años delirio de celos, sospecha que su mujer lo engaña, con cuatro amantes, uno de ellos es su vecino, se levanta en la noche para verse con él, le prohíbe todas las visitas, piensa que le roba el dinero para dárselo a sus amantes; al regresar de su trabajo, revisa la cama y su ropa interior, buscando indicios que probaran su traición; tenía muchas peleas con su mujer, llegando a golpearla algunas veces.

No le interesa su trabajo, ni su familia, piensa que su esposa le ha internado para librarse de él, y para aprovechar y quedarse sola, también presenta ideas delirantes de persecución.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica delirante crónica (forma paranoica).²¹



1.3.7 DEBILIDAD ALCOHOLICA

La demencia alcohólica es degradación lenta de la memoria del alcohólico crónico, la inteligencia se debilita, los recuerdos y la memoria reciente se van debilitando; aparecen trastornos psíquicos, los intereses se van haciendo muy limitados únicamente a intereses de alimentación, en su trabajo se dedican a cosas muy simples o no hacen nada. Al inicio de la enfermedad tienen alucinaciones auditivas e ideas delirantes, en etapas avanzadas estas son absurdas y terminan por desaparecer.

La muerte en la demencia alcohólica se presenta con infecciones secundarias, apoplejía, neumonía.

1.4 ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO CRONICO

Las ideas equivocadas sobre el consumo del alcohol, como que éste puede elevar la capacidad de trabajo, el beber es una manifestación de hombría, beber ayuda a tener una buena salud, son causas que conducen a fomentar el alcoholismo, son conceptos más del pasado, que conducen a sentirse animado y huir de los problemas.

Se debe dar importancia a la dilatación y contracción de los vasos cerebrales que se producen en las situaciones psicopatológicas condicionadas por el envenenamiento alcohólico crónico. Los cuadros psicopatológicos son determinados no sólo por la acción inmediata del alcohol sobre el cerebro, además la acción que sobre éste ejercen las toxinas producidas por la combustión alcohólica en el organismo.

1.5 FISILOGIA PATOLOGICA

Según Pavlov, en los estudios realizados sobre animales prueban que el alcohol produce trastornos en la actividad nerviosa superior, con debilitamiento del proceso de excitación y aparición de la inhibición protectora con fases



hipnótica. La actividad de los reflejos condicionados queda muy alterada. Se han observado también fenómenos de gran inercia del proceso de excitación. La debilitación de la memoria, que cobra intensidad en la psicosis de Kórsakov, debe ser atribuida a la debilidad del proceso de excitación, que resulta imposible la formación de nuevas conexiones temporales.

En la mayoría de las psicosis alcohólicas el papel protector de la inhibición extralímite conduce a la recuperación; pero por influencia de la continua embriaguez, la inhibición extralímite empieza a debilitarse y las células nerviosas son destruidas y mueren, y como consecuencia tenemos la demencia alcohólica, constituyen un proceso orgánico.

1.6 TRATAMIENTO MEDICO DEL ALCOHOLISMO CRONICO

Para que el tratamiento sea efectivo es necesario que el alcohólico tenga verdadero deseo de curarse, el médico explicará que es necesario la participación activa para la curación, porque muchos no son capaces de tomar decisiones, caen en la abulia. El egocentrismo del alcohólico culpabiliza de todo a quienes le rodean demostrando síntomas neuróticos, cree que es el médico el que no puede curar esta grave enfermedad, siempre hay que contar con el papel activo del paciente en el tratamiento.

Siempre se comenzará con un tratamiento ambulatorio para luego seguir con el hospitalario, desde el primer momento el enfermo tiene un papel activo en su lucha contra el deseo de beber, solo en casos muy graves, se debería ingresar al alcohólico crónico en el hospital psiquiátrico especial para alcohólicos.

El tratamiento ambulatorio debe comenzar con reposos en casa, conviene administrar bromuros y tónicos cardiacos, se recomienda beber mucho líquido y dieta lacto-vegetariana; es importante el apoyo de todos los miembros de la familia, los cuales deberían ayudar a aplacar los deseos de dejar de beber del alcohólico.



Luego del cuarto o quinto día de reposo médico, el enfermo debe acudir al ambulatorio, donde diariamente se le inyectará por vía subcutánea estricnina o arsénico y oxígeno durante un mes. Durante este período el médico debe dialogar frecuentemente con el enfermo para orientarlo el tratamiento psicoterapéutico, reforzando su confianza en que no beberá más. A las dos o tres semanas hay que pasar al tratamiento por medio de los reflejos condicionados apomorfínicos propuesto por el autor en 1933 (I. F. Sluchevski).

Otro tratamiento eficaz del alcoholismo es la hipnosis; se puede realizar individual o colectivamente; se consigue con él la sugestión recíproca de todos los hipnotizados, consiste en despertar repugnancia al alcohol y reforzar la voluntad de los pacientes por vencer la atracción que el alcohol ejerce sobre ellos.

Otro tratamiento para el alcoholismo crónico es el uso del tiuram (antabus), que dentro del organismo se combina con el alcohol transformándose en acetaldehído, el cual provoca sensaciones muy desagradables debido a trastornos vegetativos.

Cuando ingieren alcohol en el transcurso del tratamiento ocasiona hiperemia de la piel, taquicardia, disnea con sensación de falta de aire y pulsaciones en la cabeza, la tensión arterial disminuye, aparecen dolores abdominales y cardíacos, luego sienten escalofríos y somnolencia y a veces náuseas y vómitos, así se llega a formar un reflejo condicionado estable con repugnancia hacia el alcohol.

Estos tratamientos son muy peligrosos y solo puede llevarse a cabo en establecimientos psiquiátricos especialmente preparado para ello, con una cuidadosa selección de los enfermos, porque presenta contraindicaciones en las diferentes enfermedades cardiovasculares, pulmones, riñones, hígado, glándulas de secreción interna y del sistema nervioso central.



1.7 PERITACION

El alcoholismo crónico no es motivo suficiente para la invalidez, puesto que el estado de embriaguez habitual no se considera incluido en el cuadro de enfermedades.

Los alcohólicos crónicos que en estado de embriaguez habitual o fuera de ella cometen un delito son responsables; en cambio en las psicosis desarrolladas sobre un fondo de alcoholismo crónico, falta la responsabilidad, no se imputan a estos enfermos los actos cometidos en tal estado, ejemplo, un enfermo en estado de delirium tremens puede cometer un homicidio, producir lesiones graves o realizar destrucciones de toda clase.²²

Tiene gran importancia la valoración médico-legal de la embriaguez ordinaria, se puede hablar de irresponsabilidad en el sentido médico y jurídico, puesto que sus síntomas son indudables, las personas que ejecutan actos socialmente peligrosos son responsables de lo hecho en estado de embriaguez.

1.8 LA FAMILIA

Iniciaré abordando a la familia desde una visión sistémica puesto que nuestra maestría responde a este enfoque sistémico como fundamento epistemológico de las familias.

Como dice Salvador Minuchin (1998), pienso que las ideas que voy a exponer, intentarán ser una invitación para movernos en el abordaje de la familia como objeto de estudio dentro del alcoholismo y sus consecuencias.

La familia es un sistema en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora



haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano.²³

También indicaré como se construye una familia:

“Una familia es un grupo de personas unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones”.²⁴

1.8.1 ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, y que opera a través de pautas transaccionales y nos indica de que manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian y está formada por los siguientes elementos: jerarquía, alianza, límites, roles, y formas de control de comportamiento.²⁵

JERARQUIAS: Jerarquía es la función del poder y sus estructuras en la familia. Las familias funcionales se dan cuando los padres tienen la mayor jerarquía o autoridad; la inversión de los roles padres-hijos (parentalización) en general se considera patológica; (Madanes, 1978).²⁶

“César, trabajador de la EMAC, casado con Laura desde hace 16 años, tienen las jerarquías bien claras, el alto rango lo ostenta César, cuando él falta lo hace Laura y si los dos no están en casa asume el cargo, Caty, la hija mayor, porque saben que una familia debe tener alguien quien los dirija, cuando falta uno de los padres o los dos.



ALIANZAS: Según Wynne 1961, es una asociación entre dos o más personas, una alianza funcional es la que se establece entre el padre y la madre, respecto de sus hijos; si ésta no existe, debido a la discordia conyugal y si buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja, se da la triangulación, la que facilita a ser invitado a los hijos a participar con escasas posibilidades de resistirse, en los juegos relacionales disfuncionales de los padres.²⁷

“En la familia Méndez, (familia de un trabajador de la EMAC), Diana, niña anoréxica de 14 años, vomitaba y tomaba laxantes para mantenerse en su ínfimo peso. La familia se componía del padre Marco, de 40 años, la madre Gina de 30 años, Juan, su hermanito de 6 años y la abuela materna. Los padres se referían a la niña que era una “buena hija”, pero los padres se sentían impotentes para enfrentar la extraña conducta que la enfermedad le imponía. La enfermedad era un síntoma, la posición de la hija era sistémica y estaba prisionera de un conflicto entre la madre, el padre y la abuela. Pero estaban envueltos en una familia disfuncional, que se manifiesta de manera más visible en el síntoma de Diana que es la anorexia, debido a una interacción conflictiva entre ella y su madre; este conflicto representa una posición triangulada”.

LIMITES: Todo sistema y subsistema familiar posee funciones específicas y, para que sus transacciones sean adecuadas, los límites entre ellos deben ser claros y permeables. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía, también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto.²⁸

“Pablo y Sofía, pareja (familia de trabajador de la EMAC), tienen problemas con los niños, que invaden su privacidad en su dormitorio, lo más apropiado para los padres es que expulsen a los niños de la habitación durante una hora cada noche. Los padres deben pasar esa hora en la habitación solos, con la puerta cerrada, de esta manera se está estableciendo límites dentro de los subsistemas”.



FUNCIONES O PAPELES: Son leyes que, transmitidas de generación en generación, que son los roles, las misiones y los legados de cada uno de sus miembros, sin que éstos sean conscientes de ellas. Cuando se integra una nueva familia, van a pasar inexorablemente por una nueva fase, y este es el momento en el cual deben establecer cómo va ser la identidad de la nueva familia, que pauta de las familias anteriores de cada uno van a continuar, cuáles van a desaparecer y cuáles se van a mantener en suspenso.²⁹

“Lino, padre de familia, que migra a los EE.UU, con Rosa, su esposa, dejando a tres hijos en el país, el mayor Vicente, de 18 años, queda desempeñando el papel de padre de sus hermanos; Ana de 16 y Matías de 14 años”.

Cuando estos papeles que les hacen asumir a los hijos en forma clara y explícita se convierte en funcional, en forma temporal.

CONTROL DEL COMPORTAMIENTO: Es importante impartir un control del comportamiento a los hijos con el fin de que las tareas impartidas se desarrollen a plenitud, para ello se necesita un control flexible no rígido y es necesario que las reglas, límites impartidos sean cumplidos con naturalidad y reafirman lo que han aprendido dentro de la familia.

Dentro de las formas disfuncionales en lo que respecta a la crianza existen estas formas: la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas.

1.- La sobreprotección parental: la prevención de la conducta independiente y la infantilización. La primera se refiere a prohibir exageradamente las actividades recreativas, amistades, vestuario, decisiones de los niños. Y la segunda, consiste en darles realizando actividades que los niños podrían ya realizarlos solos como bañarse, escoger su propia ropa para vestirse, dormir solos, prohibir participar en actividades normales, etc.



2.- La supervisión parental inadecuada, se refiere a que los padres son débiles en el control con sus hijos, no se imparte límites, reglas. El control genera responsabilidad y esto a la vez da como resultado una persona madura y a la vez repercute tanto en la capacidad de mantener relaciones interpersonales adecuadas. La responsabilidad está relacionada con los valores que imparte la familia a través de los padres y de su ejemplo, sólo así podrán tener relaciones sociales funcionales.

3.- La privación experiencial, consiste en limitar las actividades normales de su edad, se evita las conversaciones, obligarles a realizar lo que no desean.

El grado de responsabilidad ocurre cuando existe relación entre el funcionamiento familiar y el individual, esto se da a través de la identificación con los padres y la influencia de éstos como modelos que se han de seguir, con esto se logra que los niños sean capaces de controlar los impulsos, logren la disciplina indispensables para mantener relaciones sociales funcionales y alcancen metas propuestas.³⁰

1.8.2 SOLUCION DE CONFLICTOS

La solución de los problemas se lo hace a través de la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés; los mismos que se pone a prueba en las situaciones de crisis, y muchas de las veces las familias actúan con rigidez, sin poder adaptarse a los nuevos cambios o con flexibilidad.

Watzlawich, Beavin y Jackson (1981), presentan cinco axiomas de la comunicación como principios en la familia humana. A partir de estos principios se pueden estudiar también los problemas que afectan con mayor frecuencia a la comunicación humana.

1.- Toda conducta es comunicación, todo es comportamiento y por lo tanto todo es mensaje; la voz, el tono de voz, el cuerpo.



2.- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, El contenido es lo que se dice, y la relación transmite cómo debe entenderse.

3.- Es que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre quienes se comunican.

4.- Los seres humanos se comunican de dos formas: digital y analógica. La digital utiliza palabras y conceptos, es verbal. La comunicación analógica utiliza gestos, tonos de voz, etc.

5.- Se refiere al poder en la comunicación, establece que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios. Si los participantes en la relación tienen igual poder, la comunicación es simétrica, y de lo contrario es complementaria.³¹

1.8.3 AMBIENTE EMOCIONAL

El clima emocional dentro de la familia se mide a través de la expresión de los sentimientos, el interés mutuo y la calidad de la vida sexual. Referente al primero, la familia permite expresar los sentimientos positivos y negativos, con la seguridad de no sentirse rechazado o burlado, sino más bien aceptado.

El interés mutuo tiene las siguientes clasificaciones: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático.

En el indiferente, la afectividad son bajas, existe frustración entre sus miembros, genera una falsa independencia, inseguridad y genera baja autoestima.

El interés vacío se refiere a que la afectividad es más una cuestión del sentido del deber que de un sentir verdadero, dando como resultado frustración, inseguridad, dudas sobre la identidad y la autoestima.



En las familias narcisista la afectividad es destructiva, solo existe para satisfacer las necesidades individuales, sin interés en los demás miembros, solamente se quiere aparentar ante los demás una buena relación familiar.

En las familias amalgamadas o fusionadas, la excesiva cercanía interfiere con la autonomía y la maduración personal, estas relaciones fusionadas indican un sistema familiar patológico dando como resultado una exagerada interdependencia.

La familia empática, se presentan con un alto grado de afectividad, se apoyan y se aceptan dentro del grupo familiar, son autónomos, seguros, autoestima adecuado, con cohesión necesario para poder funcionar dentro de la familia, y una empatía verdadera.³²

Para entender mejor el funcionamiento familiar, procederé a explicar el ciclo vital de las familias; cada periodo tiene sus características propias y plantea diferentes necesidades y exigencias. Las diferentes etapas evolutivas ocasionan siempre un momento crítico que trae consigo una serie de cambios.

1.8.4 ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR

EL NOVIAZGO: El período de galanteo es largo, en la actualidad suele durar aproximadamente diez años, entre los 15 y los 30 años. Es ahora cuando ha de establecerse el propio status en relación a los demás y seleccionar la pareja estable, se trata de una etapa fundamental para el futuro de las personas y su ubicación e integración en la sociedad.

“Diana, es “un encanto”. Todo el mundo comenta lo simpática que es. En realidad, sólo pretende ser simpática en una falsa identidad. No se da cuenta de lo que realmente quiere o necesita. Ignora su propia identidad”.

EL MATRIMONIO: La ceremonia religiosa ayuda a tomar conciencia del cambio, del paso que se está dando, en este caso, la transición del noviazgo al



matrimonio. La nueva pareja tiene que establecer su territorio con cierta independencia de ellos: han de cambiar su dependencia de los padres por una relación más adulta e independiente.

LOS HIJOS: Con la llegada del primer hijo se plantean nuevas cuestiones que desestabilizan la dinámica que se llevaba hasta el momento.

El algunas ocasiones el padre siente que sus necesidades sexuales y afectivas le son “usurpadas” por el hijo; puede que se enoje, se deprima o se vuelva exigente y la mujer se vea atrapada entre las necesidades del hijo y las de su marido.

ETAPA ESCOLAR: A partir de los 7 u 8 años el niño va estableciendo unos lazos y una red de relaciones con sus compañeros cada vez más sólida, aprende a relacionarse con los demás, a dominar sus impulsos agresivos, a imitar a los que tienen éxito en el grupo y a respetar las reglas de la clase; todos los niños y niñas en este período han de establecer nuevos vínculos y también necesitan delimitar un espacio en el que ubicarse.

LA ADOLESCENCIA: Va desde los 13 a los 18 años aproximadamente. Es un proceso psicológico y social cuyo patrón no es el mismo en todas las culturas mientras que la pubertad se refiere al conjunto de cambios fisiológicos que acompañan a la maduración de los órganos genitales y que capacitan a la persona para la reproducción. Es una etapa de cambio, transformación y crisis; de profundas dificultades emocionales, inestabilidad y desequilibrio anímico.

LA EMANCIPACION DE LOS HIJOS: La emancipación de los hijos es una época de transformaciones en el seno de la familia, en la que los jóvenes han de conseguir una autonomía personal y abandonar el hogar familiar.

LA JUBILACIÓN: Una forma de aceptar este período de la vida puede ser hacer una fiesta o ritual de jubilación. Esta transición es importante para poder dejar atrás todo lo anterior y entrar con ilusión en el presente, ya que si no es



así algunas veces las personas se quedan ancladas en el pasado con sentimientos de pérdida e inutilidad, en lugar de disfrutar de lo que les queda de vida.³³

1.9 METAS Y FUNCIONES DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL

Según Virginia Satir, hay familias disfuncionales o conflictivas y funcionales o nutricias. Las conflictivas tienden a estar sujetas a reglas rígidas e inmutables y su comunicación es más bien indirecta, vaga o incluso inexistente. En estas familias subyace cierto sentimiento de culpabilidad que les bloquea la capacidad de disfrutar de la vida por lo que en ellas hay desesperanza, impotencia y soledad.³⁴

Entre uno de los problemas más grandes está la incapacidad de los miembros para pedir o dar el afecto o la atención que tanto unos como otros necesitan. Los problemas de pareja son ignorados y se asumen como problemas frente al manejo de los hijos o de la casa; uno de los miembros de este sistema "padre" es constantemente descalificado; las órdenes, tareas o reglas que son contradictorios con otras o que no son congruentes entre sí.

Las Familias Funcionales tienen normas claras y explícitas, que se sobreentienden; existen reglas claras e indican quién, cómo y dónde tiene que hacerse tal o cual cosa, tienen normas flexibles, estables adaptadas a las necesidades de las diferentes etapas evolutivas y tienen que ser constantemente renegociadas.³⁵

En las familias "normales", se encaran las crisis en grupo; cada miembro acepta adaptarse a las circunstancias; cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide, cada miembro, se ama a sí mismo, se siente capaz de satisfacer hasta cierto punto las necesidades afectivas de los otros y siente también que merece ser amado.



1.10 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.10.1 FACTORES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Violencia Intrafamiliar es cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico de cualquier otro tipo. Se considera que existe violencia intrafamiliar en un hogar, si hay una actitud violenta, repetitiva, no por un solo hecho.

La víctima de violencia intrafamiliar es cualquier persona considerada cónyuge del agresor o que haya convivido de alguna manera con él. Así, podría ser hacia un conviviente actual o ex pareja, entre padres de un hijo común, o hacia un pariente consanguíneo hasta el tercer grado. Además es importante destacar que dentro de la violencia intrafamiliar están considerados el maltrato infantil, la violencia hacia el adulto mayor, hacia personas con discapacidad y entre cónyuges. En este último tipo de maltrato el más común es de parte de los hombres hacia las mujeres; sin embargo, existen también algunos casos e violencia de mujeres hacia hombres.³⁶

Los tipos de actos considerados como parte de la violencia intrafamiliar son golpes o incidentes graves, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control de actividades, abuso sexual, aislamiento, prohibición de trabajar fuera de casa, abandono afectivo, humillación y no respeto de opiniones.

Todos estos tipos de maltratos se pueden clasificar en físicos, si se atenta contra el cuerpo de la persona; psicológicos, si existe el intento de causar miedo, la intimidación o cualquier tipo de insulto, descalificación o intento de control; sexuales, si hay un acto sexual impuesto o en contra de la voluntad de la víctima; y económicos, si no se cubren las necesidades básicas de la persona.

Se considera que si en una pareja o familia, con menos de cinco años de convivencia, han habido al menos tres ocasiones de agresión, esa pareja o



familia puede estar viviendo violencia intrafamiliar. Como una manera de reconocer si una persona es violenta, se debe identificar si la persona no es capaz de controlarse en una situación de diferencias de opinión. Si la persona reacciona con gritos o golpes para defender su postura, entonces se puede hablar de un agresor.³⁷

Los factores que se consideran como causas de que una persona sea violenta, se asocian principalmente al aspecto psicológico y al social. El agresor, generalmente no tiene capacidad de autocontrol y actúa impulsivamente. Lo anterior puede deberse a experiencias infantiles de violencia que dejaron secuelas en el individuo; también existe la posibilidad de que sea causa de la presión social y el estrés. Los asuntos económicos también pueden ser una causa importante de tensión que genera violencia.

Una teoría afirma que cuando algunos hombres no son capaces de generar suficientes ingresos para mantener a su familia, surge en ellos una actitud violenta para demostrar hombría de esa manera, no habiendo podido hacerlo de la otra.

Otra teoría también expone que mientras más equilibrado sea el poder del hombre y de la mujer en la familia, o el nivel de preparación de ambos, hay menos riesgos de violencia intrafamiliar.

Otros factores que incluyen son el uso excesivo del alcohol, enfermedades mentales, autoritarismo y otros.

1.10.2 EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Al revisar las causas de la violencia intrafamiliar también se hace importante identificar qué tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales. Los efectos



pueden ser clasificados en: psicofísicos y psicosociales, específicos y genérico o generales.

Psicofísicos: son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto.

Psíquicos: hacen referencia a la desvalorización, baja autoestima, y estrés emocional, producidos por las tensiones que produce el maltrato, en los empleados; por ejemplo produce una baja en el rendimiento laboral, ya que las tensiones emocionales dificultan la concentración.

Físicos: se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc.

Sexuales: también se presenta violencia cuando este se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia.³⁸

Los efectos psicosociales se dividen en internos y externos. Los primeros son aquellos que generan la marginación, la exclusión y la violencia de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer esta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones intrafamiliares y hasta en su propio hogar.

Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños al alcoholismo, drogadicción, la prostitución y la delincuencia.



1.10.3 CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

De los daños que produce la violencia en el paciente alcohólico y éste a la familia el más grave es el que se relaciona con el aparato psicológico, el cual se resume en: personas y esferas.

En relación con las esferas, a partir de los efectos del tóxico el individuo renuncia de modo progresivo a todo aquello que no se relaciona con el consumo, ya sea social, espiritual, económico, afectivo, moral o en cualquier otro que tenga que ver con el funcionamiento familiar.

Todo lo anterior provoca la aparición de enfermedades mentales (cuadros depresivos, ansiosos) sobre todo en los hijos, dada su vulnerabilidad, dentro de las cuales se describen con mayor frecuencia los trastornos de personalidad, que afectarán su capacidad adaptativa por el resto de la vida. Son necesarios la prevención y el diagnóstico precoz como forma de evitar el daño en la familia del paciente alcohólico.

1.10.4 HIJOS DE ALCOHOLICOS

Los hijos de alcohólicos corren mayor riesgo de tener problemas de violencia intrafamiliar que los niños cuyos padres no son alcohólicos. El alcoholismo es común en las familias y los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. Los niños necesitan para crecer sin problemas cariño y seguridad. La mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono o violencia intrafamiliar.³⁹

Algunos adolescentes hijos de alcohólicos que sufren de violencia, tratan de actuar como “padres” responsables de la familia y del grupo de amigos. Tratan de hacerle frente al alcoholismo convirtiéndose en personas “controladas”, que tienen mucho éxito en el colegio, pero que viven emocionalmente aislados de



otros adolescentes y adultos. Sus problemas emocionales no serán aparentes hasta que se conviertan ellos mismos en adultos.

Es necesario como Trabajadora Social orientar nuestra actividad hacia el trabajo interdisciplinario con el fin de optimizar los recursos humanos y materiales, en esta dura lucha contra la violencia intrafamiliar.

1.11 EL ALCOHOLISMO EN EL TRABAJO

Las situaciones de trabajo que representan un riesgo mayor para el consumo alcohólico, son: actividades socialmente desprestigiadas, donde la tensión generada es constante como: trabajadores del servicio de aseo de la ciudad, trabajadores que tienen contacto con cadáveres, trabajo peligroso por estar asociado a condiciones inseguras, tiempos excesivos, fábricas mineras o de construcción civil, seguridad pública; se presenta también en trabajos en que la tensión resulta de altas exigencias cognitivas, donde existe gran actividad mental (responsabilidad de vida humana, valores de moneda o manejo de equipos caros) o en trabajo monótono, donde el individuo no tiene la oportunidad de aplicar sus potencialidades creativas. También han sido asociadas a ese consumo las actividades en donde el individuo trabaja aislado y apartado durante la jornada laboral.

La cuestión ha sido tradicionalmente un tema tabú del que ni siquiera se hablaba. Hasta hace relativamente pocos años, menos aún se le hubiera ocurrido a alguien la necesidad de formalizar políticas en las organizaciones para tratar las adicciones. Pero los días en que las empresas podían darse el lujo de mirar para otro lado han quedado atrás.

Según un estudio del Royal College of Physicians, el nivel de adicciones al alcohol y las drogas, tanto legales como ilegales, se ha cuadruplicado en los últimos diez años en el mundo. Por otra parte, el American Council on Drug Education estimó que los trabajadores que consumen habitualmente dosis importantes de alcohol o drogas tienen diez veces más probabilidades de faltar a sus trabajos y 3,6 veces más posibilidades de protagonizar accidentes



laborales que sus colegas no adictos, además de reconocerlos como el 33% menos productivos. Esto provoca, para las empresas, costos directos por ausentismo, prestaciones de salud e indemnizaciones a terceros, así como gastos indirectos relacionados con la pérdida de productividad, la mayor rotación y el menoscabo de la imagen corporativa. Y, para los trabajadores, conlleva costos aún mayores en términos de deterioro de la salud y de la vida de relación tanto laboral como familiar y social.

1.11.1 DISTINTOS ENFOQUES

Si bien las empresas están empezando a tomar conciencia del tema de las adicciones, los enfoques con los que se trata varían notablemente. Vanessa Pawsey, en una nota publicada por People Management, revisa los distintos modos de encararlo, que van desde tratar la adicción como una enfermedad más hasta aplicar sanciones.

En concordancia con la flexibilización de la condena social ante el consumo de drogas, muchas compañías han adoptado una posición basada en ofrecer ayuda a los trabajadores adictos, tanto al alcohol como a otras sustancias. En esa línea se inscriben las licencias de larga duración por tratamientos de rehabilitación o los programas de asistencia al empleado con asistencia médica y psicológica brindada por terceros contratados por la empresa. Pero estos programas requieren que los trabajadores voluntariamente soliciten ayuda a su empleador. Como es de imaginar, es muy difícil erradicar los estereotipos del "borracho" o del "drogadicto" y la discriminación que esos encasillamientos llevan aparejada, con lo cual lo habitual y razonable dentro del contexto social imperante es que el trabajador tienda a ocultar su adicción. De ahí que se recomiende enfáticamente que cualquier política empresarial dirigida a tratar las adicciones, debería siempre hacer hincapié en la salud y la seguridad, y tiene que garantizar la confidencialidad.

Otra línea de acción posible es capacitar a los supervisores y mandos medios para detectar tempranamente a los trabajadores con problemas de adicciones y ayudarlos a sobreponerse. Pero este tipo de enfoque se ha encontrado con



resistencias tanto por parte de los primeros, alegando que se requiere un especialista para cumplir esas funciones, como de los segundos, amparados en los principios de privacidad y libertad individual.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta la propia cultura empresarial. Esta a veces valora el consumo de alcohol y propicia brindis y encuentros sociales a manera de festejo por logros corporativos o para mejorar el clima organizacional. O exige jornadas interminables de labor, lo que obliga al trabajador a apelar a determinadas sustancias para poder cumplirlas.

Los enfoques más duros sancionan disciplinariamente a los consumidores de drogas y alcohol, y se llega hasta el despido alegando justa causa. Un pilar importante en este tipo de estrategia son los test para determinar si una persona está consumiendo alguna sustancia prohibida. Los más utilizados son los test de alcoholemia a partir del aliento y los análisis de orina. En los Estados Unidos, un empleador sólo puede indicar la realización de un análisis de sangre a un trabajador cuando tiene una firme presunción de que consume drogas prohibidas.

Independientemente del enfoque con el que se gestione el tema de las adicciones en el trabajo, hay un par de elementos que no pueden dejarse de lado. En primer lugar, hay que tener en cuenta, en el momento de definir los límites de esa política, en qué medida en la actividad de que se trata el consumo de alcohol o de drogas puede poner en peligro la salud y la vida del propio trabajador o de terceros. Una vez definido esto, las políticas que se adopten deberán ser explícitas y compartidas por todos los miembros de la organización, y tendrán que ser aplicadas de manera general, sin privilegios. Por último, todas las acciones de la organización tendrán que ser consistentes con dicha política, aun a riesgo de que esto implique modificar costumbres enraizadas en la cultura corporativa o incluso en la comunidad.



1.11.2 CONSECUENCIAS DEL ALCOHOL EN EL TRABAJO

Los estragos causados por el alcohol en el medio laboral no son siempre aparentes a simple vista. El alcohólico es con frecuencia un enfermo oculto y ocultado.

Sus trastornos de comportamiento serios no suelen ser atribuidos al alcohol. Hasta hace poco se le han aplicado en la industria medidas disciplinarias. Esta actitud deriva de un conocimiento erróneo e incompleto del problema.

El alcoholismo es una enfermedad progresiva que puede avanzar camuflada durante 10 ó 15 años. Es fácil de reconocer en estados avanzados, es bastante más difícil de ser detectada en estados intermedios.

En el trabajo, es corriente que el enfermo falte los lunes, porque está con resaca, y que en el centro donde trabaja le llamen la atención varias veces y terminen por echarle al fin.

Otras veces es el propio enfermo el que abandona su puesto de trabajo para evitar la reprimenda de sus jefes. El caso es que, con mucha frecuencia, el alcohólico termina sin trabajo o desempeñando puestos inferiores a su categoría. Pronto asoman la miseria, el hambre y, a veces, los hurtos, la policía y la cárcel.

Otra complicación social frecuente es la riña. Hay alcohólicos que se vuelven pendeñeros e inmorales y suelen también acabar en comisarías, juicios de faltas y cárcel.

Para ponerse eufóricos tienen que tomar un trago antes de salir de casa, que solo dura hasta llegar al trabajo.

Toda la jornada está sufriendo con síntomas de abstinencia, sólo hace el trabajo de rutina y aún se camufla todo lo que puede. Tiene el espíritu lejos de



su función y está en constante peligro de accidente. Le asaltan remordimientos, está nervioso y angustiado, listo para explotar en cualquier momento a la más pequeña contrariedad.

Causa malos entendidos con su actitud y mina la moral de sus compañeros. Con bastante frecuencia el alcohólico se convierte en autolesionista para poder disfrutar del tiempo libre por baja de accidente.

El alcoholismo produce estragos en la industria muy difíciles de establecer en estadísticas, incluso si el problema es conocido. He aquí algunos de los problemas:

- Baja de la productividad
- Destrozo o mal uso del material
- Deterioro de la calidad del trabajo
- Disminuye el ritmo de producción donde está colocado
- Gran cantidad de ausencias o tardanza⁴⁰

Estos costos aumentan con el grado de competencia o autoridad del empleado. Cuanto más se sube en capacidad intelectual y en la personalidad del individuo, más progresará la enfermedad, más se acercan los períodos de ebriedad y más se intensifican y ampliarán los problemas. Todo esto por camuflarlo y protegerlo.

Entre los síntomas que habitualmente se producen y pueden servir para realizar un diagnóstico social de alcoholismo destacan:

- Retraso frecuente de la llegada al trabajo.
- Ausencia frecuente los días después de fiesta o al menos lentitud, torpeza e irregularidad en el trabajo.
- Desapariciones frecuentes del puesto sin justificación previa.
- Pequeño absentismo por enfermedades menores: gripes, o por pequeños accidentes ocurridos a menudo en el trabajo o fuera de él.



- Cambio progresivo de actitud del sujeto considerado hasta entonces como buen trabajador, discusiones, críticas, pequeñas faltas de las que busca justificarse, pequeños accidentes de los que propone a otros o al material como responsable.
- Variaciones marcadas de humor, cóleras, pérdidas del interés por el trabajo.⁴¹

1.12 ACTITUD DEL TRABAJADOR SOCIAL

- Analizar todo tipo de problemas presentados por el bebedor, cuya causa de los mismos pueda ser el alcoholismo.
- Conseguir un buen nivel de información, divulgación y mentalización sobre los problemas derivados de esta enfermedad.
- Campañas de Seguridad sobre el área de alcoholismo.
- Reuniones y colaboración con los técnicos y mandos, así como compañeros, que informen y que ayuden a conocer el problema del alcohol.
- Colaboración con los alcohólicos rehabilitados en la recuperación de otros compañeros.
- Elaborar documentación e informes de mentalización de la enfermedad.
- Colaborar con los Servicios de Prevención.
- Desde el medio ambiente social establecer contactos con: Organismos, Centros Hospitalarios de Rehabilitación.
- Terapia Familiar: diagnóstico, plan de acción, seguimiento y terapia.

Desde el medio familiar establecer contactos con: las esposas, hijos, pacientes, amigos.



CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio escogido para esta investigación es el cuantitativo, descriptivo, con un corte longitudinal en un período comprendido entre febrero a julio de 2009. La investigación se basa en conocer la prevalencia del alcoholismo entre los trabajadores de la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, así como la relación entre las variables del ámbito laboral, violencia y relaciones familiares.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

En un universo de 222 trabajadores de la EMAC. La muestra escogida es de 161 casos, el 72,52% del universo, con un nivel de confianza del 99%. La muestra fue representativa tomando la mayor cantidad de unidades, de tal forma que cualquier trabajador tenga la probabilidad de ser estudiado; por lo que la misma es probabilística, aleatoria simple, se determinó mediante un sorteo, colocando los números de la lista con los nombres en un recipiente, sorteando a los que iban a ser entregados la encuesta.

AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la ciudad de Cuenca, en la Empresa Municipal de Cuenca (EMAC), ubicada las oficinas en la Av. 12 de Abril y Av. Solano; institución con 222 trabajadores en el área operativa y 50 empleados en el área administrativa; empresa dedicada integralmente a la recolección de los desechos sólidos y el mantenimiento de áreas verdes. La misma que está dividida en frentes de trabajo: Recolección, Barrido, Áreas Verdes, Disposición Final y Compost y Humus.



2.3 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos, fue de una fuente primaria a través de un cuestionario, los mismos que fueron entregados a cada uno de los escogidos de la muestra personalmente y con las indicaciones de la investigadora procedieron a contestar cada pregunta, luego de la explicación pertinente, debido al bajo nivel educativo de los participantes.

El cuestionario tuvo un consentimiento informado (ver anexo nro. 4), participando al investigado a participar en el estudio, previo a que autorice su participación a través de su firma.

Para lograr la confiabilidad y validez del cuestionario, antes de aplicar en forma definitiva al grupo escogido, se aplicó el mismo a un grupo de 30 trabajadores fuera de la institución, grupo que contenía las mismas características del grupo a ser investigado, teniendo el mismo algunas dificultades en su comprensión, realizando las modificaciones en el cuestionario definitivo (ver anexo nro. 5).

2.4 VARIABLES Y MEDICION

Las variables para el estudio fueron cuidadosamente examinadas, para ello se realizó un cuadro denominado Mapa Conceptual, donde estableciendo el título de la investigación, se relacionó los posibles problemas que puedan ocurrir con el alcoholismo, luego se procedió a priorizar los efectos más acuciantes en nuestros trabajadores, y es así que se tomó: Ambiente Laboral, Violencia y Disfunción Familiar . (ver anexos nro. 1).

De estas variables determinadas, se fue considerando el tipo de medición, mediante el cuadro Operacionalización de Variables, la clasificación se hizo en la gran mayoría en valores numéricos o escala nominal y otras en categorías si/no, de esta manera se cuantificó las variables para el estudio.



Las variables intervinientes escogidas fueron: edad, escolaridad, estado civil. De esta manera se obtuvo los indicadores: Consumo de Alcohol, Disfuncionalidad Familiar, Dificultades Laborales, y Violencia. (ver anexo nro. 2)

2.5 PROCEDIMIENTOS

El procesamiento y análisis de la Información se fue obteniendo luego de que se recolectó la información, se inició con la etapa de procesamiento, para resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información, luego se tabuló los datos mediante el programa SSPS V15 Evaluación y otros como las asociaciones de las variables se realizó manualmente, para ello siempre estuvo presente el total de los investigados que era de 161 y 126 los datos de los trabajadores que consumían alcohol.

Antes de la tabulación, se realizó una depuración de la información, en donde cinco cuestionarios tenían errores de registro y se procedió a eliminarlos.

Para ingresar los datos en el programa estadístico se codificó la información, utilizando números para cada una de las dimensiones de las variables.

Una vez revisada y depurada la información se introdujo en el programa estadístico, presentando los cuadros y análisis de los mismos.

En el análisis e interpretación de los datos, se fue sistematizando los datos y describiéndolos. Luego se presentó la discusión, conclusiones y recomendaciones a partir de la muestra, tomando en cuenta el problema de la prevalencia del alcoholismo, los objetivos y la hipótesis de tal manera que haya sido un aporte en el campo de la investigación.



2.6 IMPLICACIONES ETICAS

Las personas a ser investigadas tuvieron la libertad de elegir su participación o no en la investigación, por lo que se concedió la autonomía y fue tratado con respeto como todo ser humano.

La selección de los sujetos a investigarse se realizó sin discriminaciones de ningún tipo, sean alcohólicos o no, tengan problemas en el trabajo o familia, con el fin de no sesgar los resultados.

La información fue manejada mediante códigos para garantizar confidencialidad, el uso y manejo de datos. Por lo que la manipulación de los datos solo estuvo en manos de la investigadora y no se publicarán nombres y otros datos que relacionen a la persona con la información.



CAPITULO III

3. RESULTADOS

Los datos recolectados, se exponen en los siguientes cuadros, con su correspondiente análisis.

CUADRO 1

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN EDAD, CUENCA, 2010

EDAD	FRECUENCIA	%
20-30	24	14,90
31-40	41	25,47
41-50	52	32,30
51-60	36	22,36
61-70	8	4,97
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 32.3% corresponde a trabajadores comprendidos entre los 41 y 50 años de edad, siendo la media de los trabajadores de 43.15, y la desviación estándar de 11.08; el rango estaría entre 32,06 y 54,23.

Sigue el rango de edades de 31 a 40 años, con el 25,5%, luego el rango de 51 a 60 años con un porcentaje de 22,4%, viene el rango de 20 a 30 años con un porcentaje de 14,9% y por último el rango de 61 a 70 años, con un porcentaje de 5.0%.



CUADRO 2

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN INSTRUCCIÓN, CUENCA, 2010

INSTRUCCIÓN	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	93	73,81	30	85,71
SECUNDARIA	25	19,84	5	14,29
SUPERIOR	1	0,79	0	0,00
OTRAS	7	5,56	0	0,00
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

Los bebedores tienen el mayor porcentaje del 73,81%, con instrucción primaria, luego sigue la instrucción secundaria con 19,84%, superior con 0.70% y otras instrucciones con 5,56%. Los no bebedores tienen un porcentaje del 85,71% con instrucción primaria, le sigue la secundaria con 14,29%. (P= 0,36)

CUADRO 3

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN ESTADO CIVIL, CUENCA 2010

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	19	11,80
Casado	111	68,94
Viudo	3	1,86
Separado	5	3,12
Divorciado	2	1,24
Unión Libre	21	13,04
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El porcentaje mayor del 72,0%, corresponde a los trabajadores que tienen un estado civil de casados, luego sigue unión libre con 13,04%, los solteros le siguen con 7,5%, separados con un 3,1%, Viudo con 1,86% y Divorciados con 1,24%.

CUADRO 4

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL, CUENCA 2010

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	%
Si	109	67,7
No	52	32,3
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

En esta variable, nos demuestra el estudio que el 67.7% si consumen alcohol y el 32.3% no consumen alcohol. El alto porcentaje se refiere a la forma de ingerir alcohol ya sea una vez al año, o cualquier bebida por más ínfima cantidad de alcohol contenga la misma y el otro porcentaje corresponden a los que de ninguna manera ingieren alcohol.



CUADRO 5

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO ALCOHOL, CUENCA 2010

FRECUENCIA DE CONSUMO	FRECUENCIA	%
Al Día	5	3,11
A la Semana (1-3)	15	9,32
Al Mes (1-5)	17	10,56
Rara Vez (1-4) año	89	55,27
Nunca	35	21,74
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

La frecuencia del consumo de alcohol explica que el 55,3%, ingieren alcohol rara vez, esto es entre 1 y 4 veces al año en ocasiones especiales, el 21,7% está el grupo que no ingiere nunca alcohol, porque son abstemios, enfermos alcohólicos en recuperación, o simplemente porque no les gusta el alcohol en ninguna presentación; el 10,6% ingieren de 1 a 5 veces al mes, el 9,3% ingieren de de 1 a 3 veces por semana, y el 3,1% lo hace diariamente.

CUADRO 6

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN EXCESO EN EL ALCOHOL, CUENCA 2010

EXCESO EN LA ALCOHOL	FRECUENCIA	%
Si	60	37,27
No	101	62,73
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 62.73% de los encuestados cuando beben algún tipo de licor no recuerdan lo que pasó el día anterior. El 37. 27% si recuerda lo que pasó después de haber ingerido cualquier bebida alcohólica.

CUADRO 7

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MAÑANAS, CUENCA 2010

CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS MAÑANAS	FRECUENCIA	%
Si	17,00	10,56
No	144,00	89,44
TOTAL	161,00	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 10.56% del personal encuestado dice que ha tenido que tomar aguardiente en las mañanas. El 89.44% dicen que no tienen este problema.



CUADRO 8

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN DIFICULTAD DE RECORDAR DESPUES DE BEBER, CUENCA 2010

DESPUES DE BEBER NO RECUERDA	FRECUENCIA	%
Si	67	41,61
No	94	58,39
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 41.61% de los trabajadores respondieron que cuando han bebido la noche anterior no recuerden parte de lo que pasó. El 58.39% manifestaron que no les ha sucedido esta situación.

CUADRO 9

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CRÍTICAS CUANDO TOMA, CUENCA 2010

CRITICADO CUANDO TOMA	FRECUENCIA	%
Si	75	46,58
No	86	53,42
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 46.6% de los encuestados que ingieren licor les molesta ser criticados cuando toman. Es otro signo relevante para el diagnóstico de alcoholismo. El 53.4% no les molesta ser criticados cuando toman.

CUADRO 10

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN PROBLEMAS CON SU PAREJA, CUENCA 2010

PROBLEMAS CON SU PAREJA	FRECUENCIA	%
Si	67	41,61
No	94	58,39
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 41.6%, manifiesta que tiene problemas con su pareja, mientras el 58.4% dice que no tienen problemas con su pareja por problemas del alcohol.

CUADRO 11

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGUN SEPARACIONES DE LA PAREJA, CUENCA 2010

SEPARACION DE LA PAREJA	FRECUENCIA	%
Si	17,00	10,56
No	144,00	89,44
TOTAL	161,00	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 10.56% afirman que se han separado de sus esposas por el trago, y el 89.44%, dice que no se ha separado de su esposa.

CUADRO 12

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN MIEDO DE LA PAREJA, CUENCA 2010

MIEDO DE LA PAREJA	FRECUENCIA	%
Si	49	30,43
No	112	69,57
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 30.43% manifiestan que la pareja si tiene miedo del encuestado, el 69,57%, dicen que su pareja no tienen miedo de ellos.

CUADRO 13

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN IMPEDIMENTO DE SALIR A LA PAREJA, CUENCA 2010

IMPIDES SALIR A TU PAREJA	FRECUENCIA	%
Si	24	14,91
No	137	85,09
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 14.91% de los encuestados impiden salir a su pareja del hogar sin previo permiso del esposo, o bajo la compañía de otra persona. El 85.09% no ha impiden salir a la pareja.

CUADRO 14

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CASTIGOS A LA PAREJA, CUENCA 2010

CASTIGAS A LA PAREJA	FRECUENCIA	%
Si	24,00	14,91
No	137,00	85,09
TOTAL	161,00	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 14.91% de los encuestados manifiestan que su pareja merecería ser castigada pero no lo llegan a realizar el objetivo. El 85.09% piensa en no castigar a su esposa.



CUADRO 15

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN RELACIONES SEXUALES OBLIGADAS, CUENCA 2010

RELACIONES SEXUALES OBLIGADAS	FRECUENCIA	%
Si	18	11,25
No	142	88,75
TOTAL	160	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 11.25% de los encuestados dice que obliga a su pareja a tener relaciones sexuales cuando están borrachos. El 88.75% no obliga a sus parejas a tener relaciones sexuales cuando están alcoholizados.

CUADRO 16

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN SI LOS HIJOS MERECE SER CASTIGADOS, CUENCA 2010

MERECE SER CASTIGADOS LOS HIJOS	FRECUENCIA	%
Si	28	17,39
No	133	82,61
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 17.39% de los encuestados dicen que los hijos merecen ser castigados. El 82.61% dicen que los hijos no merecen ser castigados.

CUADRO 17

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN DETENCIONES POR LA AUTORIDAD, CUENCA 2010

DETENCIONES POR LA AUTORIDAD	FRECUENCIA	%
Si	19	11,80
No	142	88,20
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 11.80% de los encuestados han sido denunciados a las autoridades porque han ejercido en algún momento la agresividad. El 88.20% no han sido denunciados a autoridades.

CUADRO 18

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILAR, CUENCA 2010

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
FAMILIAS DISFUNCIONALES	26	20,63	7	20,00
FAMILIAS FUNCIONALES	100	79,37	28	80,00
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 20,63% de los bebedores, pertenecen a familias disfuncionales y el 79,37% a familias funcionales. El 20% de los no bebedores, representan a familias disfuncionales y el 80% a familias funcionales. (P= 0.93)

CUADRO 19

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN SI FALTAS AL TRABAJO POR EL ALCOHOL, CUENCA 2010

FALTAS AL TRABAJO POR EL ALCOHOL	FRECUENCIA	%
Si	21,00	12,88
No	142,00	87,12
TOTAL	163,00	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 12.88% de los entrevistados dicen que no asisten al trabajo debido al alcohol, el 87.12% del grupo de encuestados manifiesta que no tienen problemas con el alcohol dentro del trabajo.



CUADRO 20

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN LLAMADAS DE ATENCIÓN POR EL JEFE CUANDO BEBE, CUENCA 2010

LLAMADAS DE ATENCIÓN POR EL JEFE	FRECUENCIA	%
Si	27	16,77
No	134	83,23
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 16.77% de la muestra afirma que su jefe le ha llamado la atención dentro del trabajo debido a problemas de alcohol, y el 83.23% manifiesta que no han sido llamados la atención por su jefe.

CUADRO 21

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CAMBIOS DE PUESTOS DE TRABAJO, CUENCA 2010

CAMBIOS DE PUESTO DE TRABAJO	FRECUENCIA	%
Si	13	8,07
No	148	91,93
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 8.07% del grupo de entrevistados expresan que han sido cambiados de su puesto de trabajo por problemas de alcohol, el 91.93% dicen que no han sido cambiados del puesto de trabajo.

CUADRO 22

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL EN EL TRABAJO, CUENCA 2010

CONSUMO DE ALCOHOL EN EL TRABAJO	FRECUENCIA	%
Si	15	9,32
No	146	90,68
TOTAL	161	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 9.32% dicen que han dejado de trabajar momentáneamente, lo que significa un síntoma grave dentro de los enfermos alcohólicos, el 90.68% manifiesta que no han dejado de trabajar momentáneamente.

CUADRO 23

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN VIOLENCIA A LA PAREJA, CUENCA 2010

PEGA A SU PAREJA	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	23	18,25	7	20,00
NO	103	81,75	28	80,00
TOTAL	126	100	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



Del grupo de bebedores el 18.25% si tienen celos de su pareja y el 81.75% no tienen celos de la pareja. Mientras tanto del grupo de no bebedores el 20.00% de los encuestados dicen si tener celos de su pareja, y el 80.00%, manifiesta no tener celos de su pareja. (P=0.81).

CUADRO 24

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN RELACIONES SEXUALES OBLIGADAS CON LA PAREJA, CUENCA 2010

RELACIONES SEXUALES OBLIGADAS CON LA PAREJA	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	20	15,87	0	0
NO	106	84,13	35	100
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 15.87% del grupo de bebedores dice haber obligado a su pareja a tener relaciones sexuales, el 84.13% dicen no haberlo hecho. Del grupo de no bebedores, el 100.00% no ha obligado a tener relaciones sexuales con la pareja. (P=0.01)



CUADRO 25

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN SI LOS HIJOS TEMEN A LOS PADRES, CUENCA 2010

LOS HIJOS TEMEN A LOS PADRES	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	37	29,37	0	0
NO	89	70,63	35	100
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 29.37% de los bebedores encuestados dicen que sus hijos tienen miedo de ellos, el 70.63% de los que pertenecen al otro grupo dicen que no piensan que los hijos tienen miedo de ellos. El 100,00% no tienen miedo a los padres. (P=0.00)

CUADRO 26

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN CASTIGOS A LOS HIJOS, CUENCA 2010

CUENCA 2010

CASTIGAS A LOS HIJOS	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	62	49,21	12	34,29
NO	64	50,79	23	65,71
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés



El 49.21% del grupo de bebedores afirman haber castigado a sus hijos, el 50.79% dice no haber castigado a los hijos. El 34.29% de los que pertenecen al grupo de no bebedores dicen que si han castigado a sus hijos, y el 65.71% no ha castigado a sus hijos. (P=0.11)

CUADRO 27

TRABAJADORES DE LA EMAC, SEGÚN PROBLEMAS CON HIJOS ALCOHOLICOS, CUENCA 2010

PROBLEMAS CON HIJOS ALCOHOLICOS	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SI	25	19,84	3	8,57
NO	101	80,16	32	91,43
TOTAL	126	100,00	35	100,00

FUENTE: Cuestionario de Recolección de datos.

Elaborado por: Sandra Urgilés

El 19.84% del grupo de los bebedores encuestados dicen tener hijos con problemas de alcohol, EL 80.16% no tiene problemas. Del grupo de no bebedores el 8.57% dicen que si tienen problemas con sus hijos con el consumo de alcohol y el 91.43% dice no tenerlo. (P=0.11)



CAPITULO IV

4. DISCUSION

El presente estudio reveló que en la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca, el porcentaje mayor de los trabajadores que consumen alcohol, es el 67,7%, siendo la media de 43.15, y la desviación estándar de 11.08, esto coincide con lo reportado en estudios en la población trabajadora de una industria de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, refleja que el consumo de alcohol es más frecuente en la edad productiva, lo cual pudiera estar impactando en los costos y productividad.⁴²

Un 9.32% se encuentran en una situación, en donde, están pensando consumir alcohol o tienen la intención de consumirlo; esto se debe probablemente al involucramiento en el trabajo con los compañeros o bien que el consumo de alcohol es utilizado como salida para las personas que tienen posiciones ocupacionales de bajo estatus como es nuestro caso de la recolección de los desechos sólidos, los trabajadores beben para prevenir los malos olores, la intoxicación en los basurales, combatir el frío en la madrugada, trabajo físico extenuante. Esto se podría explicar por el tipo de actividad laboral que realizan, otros estudios han reportado hallazgos similares en poblaciones con bajo status laboral como el estudio realizado con los obreros eléctricos de la ciudad de Cuenca, por el Dr. Enrique Aguilar Z y cols.⁴³

El consumo de alcohol de los trabajadores fue de 1 - 5 veces al mes, el 10.56% lo que significa que el consumo de alcohol es compulsivo, y puede tener efectos de incoordinación, depresión, agresividad, peligro para la salud del bebedor como de quienes lo rodean o que el consumo de alcohol de los trabajadores aumente el riesgo de sufrir trastornos físicos futuros, orgánicos, psicológicos o sociales. Así lo demuestra el estudio realizado por el Dr. Rafael García Álvarez y Flor Solís de Méndez en República Dominicana.⁴⁴

El consumo de alcohol con características de dependencia en los trabajadores que refirieron consumirlo en las mañanas, el 10,56%, esto concuerda con otras investigaciones que valoraron a los trabajadores con una alta probabilidad de



dependencia al alcohol de toda la vida. Se relaciona con el estudio de Ms. Martinez, Hm Cabildo, Jm. Juárez, sobre Encuestas sobre Hábito de Ingestión de Bebidas Alcohólicas.⁴⁵

La violencia psicológica y sexual, conformada por los grupos de bebedores, es significativa ($P < 0.05$) la comparación, se impone sobre los no bebedores, puesto que así lo confirman los estudios realizados por la Dra. Mariana Argudo, en "Impacto del Alcoholismo en la Familia".⁴⁶

La presente investigación indica que no existe asociación de alcoholismo con instrucción, los bebedores se encuentran en todos los ámbitos académicos. ($P > 0,05$).

En cuanto al funcionamiento familiar, nos demuestra que a pesar de que en la familia exista un bebedor en la familia, se siente aceptado ($P > 0.005$), esto difiere de lo encontrado en otros estudios. Valdría estudiar lo que opinan sus familiares, a menudo hay ocultamiento de la verdad. Así lo demuestra un estudio del Dr. José Elizondo López, llamado: "¿Se rehabilita realmente un alcohólico?".⁴⁷

Los resultados de este estudio indican respecto al ambiente laboral que no influyen significativamente en su trabajo ($P > 0.05$). Esto concuerda con estudios que han reportado según M.A. Gassull y colaboradores, "Consecuencias al consumo de alcohol en su Rendimiento Laboral".⁴⁸

Respecto a la hipótesis que indica que: " Los trabajadores que consumen alcohol regularmente tienen el riesgo de provocar disfunción familiar, crear problemas laborales, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($P > 0.05$), lo que refleja que los trabajadores que consumen alcohol no necesariamente tienen problemas laborales, y tampoco provocan disfunción familiar. Este dato es importante ya que otros estudios han demostrado que el alcoholismo si trae como consecuencia disfunción familiar.



CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

La prevalencia del consumo de alcohol en la Empresa Municipal de Aseo de Cuenca es del 67.7%.

De la población estudiada, el 10.56% casos, refirieron consumirlo en las mañanas antes de concurrir al trabajo lo que significa que estamos frente a un grupo con problemas de alcoholismo crónico.

Los que beben frecuentemente y tienen pareja, van comenzando a tener problemas, esto afecta a un 41,61% de la población encuestada.

Existe una asociación de variables entre bebedores , violencia sexual , y de hijos que temen a sus padres. ($P < 0.05$)

La investigación evidenció que el alcoholismo no está asociada a: violencia impartida a los hijos, violencia de pareja, problemas con hijos de alcohólicos, funcionalidad familiar. ($P > 0.005$).

Los trabajadores que han llegado a separarse de su pareja a causa del alcohol, alcanzan un porcentaje del 10,56%.

En la variable de la violencia intrafamiliar existe un porcentaje del 11,80%, que han sido denunciados a las autoridades debido a problemas de violencia, datos donde la violencia no es significativa.

Los resultados de este estudio indican que respecto al ambiente laboral, las variables arrojan resultados como: faltas al trabajo 16,77%, cambios de puestos de trabajo, 18,07% y consumo de alcohol en el trabajo, 9,32%; porcentajes que no representan problemas en el ambiente laboral.



CAPITULO VI

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ¹ N. Horwitz. Universidad de Chile. Test de Apgar Familiar. Santiago. Agosto 2002.
- ² Tapia, C.R. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas 2nd. México. 2001.
- ³ Marinex, E.R.C. Correa AK 2004.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Alcoholismo. Revista Salud Mundial. Cuba 2003.
- ⁵ Urgilés, Sandra. Estudio realizado en la EMAC, por la Oficina de Trabajo Social. 2006.
- ⁶ Pacurucu. C. S. Alcoholismo, Repercusiones Económicas y Sociales. Presentado en XVI, Jornadas de PAMA, Guayaquil. 1972.
- ⁷ Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. III Congreso Iberoamericano sobre Alcohol y Alcoholismo. Memorias. 1985.
- ⁷ Pacurucu. C. S. Alcoholismo, Repercusiones Económicas y Sociales. Presentado en XVI, Jornadas de PAMA, Guayaquil. 1972.
- ⁸ Selligman, S.E. Psicología e Saúde Mantal no trabalho. In. Patología de Trabajo actualizada e ampliada. Sao Paulo. Atheneu. 2003.
- ⁹ Posada, C. Estudios Sociológicos de la parroquia Chaucha. Mimeografiado. Cuenca. 1970. Figueroa, J y Cols. Prevalencia de alcoholismo y algunos factores condicionantes en la ciudad de Valdivia. 2001
- ¹⁰ Reglamento de Creación de la EMAC. 1999.
- ¹¹ Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. Cursillo sobre Alcoholismo. Cuenca, 1979
- ¹² Diccionario de Pedagogía y Psicología. Cultural, S.A. Polígono Industrial Arroyomolinos. Calle C.núm. 15 Móstoles. Madrid-España. 2002.
- ¹³ Enciclopedia de Psicología. Segunda Edición. Editorial Grijalbo, S.A. México, D.F. 1963.



¹⁴ Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, pág. 43.

Editorial Médica Panamericana 2005.

¹⁵ Urgilés, Sandra. Casos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2007.

¹⁶ Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, pág. 54. Editorial Médica Panamericana 2005.

¹⁷ Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2007

¹⁸ Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2008

¹⁹ Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2008.

²⁰ Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2008.

²¹ Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2007.

²² Urgilés, Sandra. Problema de un trabajador de los archivos de la Oficina de Trabajo Social de la EMAC. 2007.

²³ Linares, J.L., y Campo, C. Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Paidós, Barcelona. (2000).

²⁴ Linares, J.L., y Campo, C. Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Paidós, Barcelona. (2000)

²⁵ Minuchin, Salvador. Familias y Terapia Familiar. Editorial Gedisa. S.A.

²⁶ F. B. Simon, H, Sterlin y L.C. Wynne. Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona 1993.

²⁷ F. B. Simon, H, Sterlin y L.C. Wynne .Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona 1993.

²⁸ Janine Roberts, “Encuadre: definición, funciones y tipología de los rituales”, en: Rituales terapéuticos y ritos en la familia, Barcelona, Gedisa, 1991, pp. 36 a 42.

²⁹ Suares, Marinés. Mediando en Sistemas Familiares, ,



Capítulo 7: Familias. Buenos Aires. Ediciones Paidós, 2002.

³⁰ Saucedo García, Juan Manuel, Maldonado Durán J. Martín. La familia: su dinámica y tratamiento. Washington D.C. 2003.

³¹ Minuchin, Salvador. S. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar.; H. Ch. Fishman. Ediciones Paidos. Barcelona 1997.

³² Minuchin, S. Fishman, H. Ch. Técnicas de Terapia Familiar. Ediciones Paidós. Editorial Gedisa. Barcelona 1988.

³³ S. Nicholson, H. P. Recuperación de la Familia. Ediciones Paidos. Barcelona, 1994.

³⁴ Askerman, W., Naham. Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Edición Home Buenos Aires 1961.

³⁵ From, Erich. El Arte de Amar. Edición Paidos. Buenos Aires 1959.

³⁶ Díaz, José Luis, Psicobiología y conducta cap. IX, FCE, 1989

³⁷ Verdoux H., Jouvent R., Le Moal M., Applications des modeles animaux de psychopathologie. Encycl. Med. Chir. Psychiatrie, 37-040-C20-1997. Elsevier, Paris.

³⁸ Verdoux H., Jouvent R., Le Moal M., Applications des modeles animaux de psychopathologie. Encycl. Med. Chir. Psychiatrie, 37-040-C20-1997. Elsevier, Paris.

³⁹ Martínez, G. A. Alcohol, daño y familia. Temas de Medicina Psiquiatría. Cuba. 2004

⁴⁰ Seligman ME, Indefensión, Editorial, Madrid, 1981.

⁴¹ Psiquiatría y Psicología Medicina Farreras y Rozman. De Biblioteca de Consulta Microfost. Encarta.2004.

⁴² Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005

⁴³ Aguilar, Z.E y Cools. Hábitos de consumo de alcohol en obreros eléctricos. III Congreso Iberoamericano sobre alcohol y alcoholismo. Memorias. Cuenca-Ecuador. 1984.

⁴⁴ Hidalgo Rivera, Elizabeth: Actitudes frente al Alcohol de la Población residente en Santo Domingo. Tesis de Grado, UNPHU, 1982.

⁴⁵ Sal. Púb. Méx. Epoca V, 11(6): 759-769,1969.



⁴⁶ Vidal, Ll, J. y Cols, I. Estructures Socials i marginació del alcohòlic.
Simposium Reinserció Social deis alcohòlics. Barcelona 1980.

⁴⁷ Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. Memorias.

III Congreso Iberoamericano sobre alcohol y alcoholismo. Cuenca, 1984.

⁴⁸ Freixa, F. Síndrome de dependencia del alcohol: otros indicadores.
III Congreso Iberoamericano sobre alcohol y alcoholismo. Memorias.
Cuenca-Ecuador. 1984.

6.1 BIBLIOGRAFIA

1.- Ade, Brian, Hudson O'hanlon. Guía breve de terapia breve.

2.- Asención B; Ferrer M. El ciclo de la vida; Una visión sistémica de la familia.

3.- Aguilar, Z.E y Cools. Hábitos de consumo de alcohol en obreros eléctricos.

4.- III Congreso Iberoamericano sobre alcohol y alcoholismo. Memorias.
Cuenca-Ecuador. 1984.

5.- Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004.

6.- Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. Cursillo sobre Alcoholismo.
Cuenca, 1979

7.- Díaz, J.L., Psicobiología y conducta cap. IX, FCE, 1989

8.- Gutiérrez, D. E, Prólogo de la Segunda Edición.

9.- Janine, R. "Encuadre: definición, funciones y tipología de los rituales", en:

10.- Marinés, S. Mediando en Sistemas Familiares. Capítulo 7: Familias

11.- Minuchin, S. Familias Universales, Editorial, Gedisa, Barcelona 1977.

12.-Minuchin S, Fishman H.CH., Ediciones Paidós. Técnicas de Terapia Familiar.

13.- Minuchin, S; Fishman H. CH. Técnicas de Terapia Familiar.

14.-Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar.Edit. Lúmen/Hvmanitas.
Antioquía,1994

15.- F.B. Simon, H. Stierlin Y L.C. Wynne. Vocabulario de Terapia Familiar.

16.- Linares, J.L. (1996). Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica. Paidós, Barcelona.

17.- Linares, J.L., Y Campo, C. Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Paidós, Barcelona. 2000.



18.- Quintero A MARIA, Introducción a la familia como sistema social, Medellín, Departamento de Trabajo Social. Universidad 20.- 20.- 20.- Antioquía, 1994. Edit. Lúmen /Hvmanitas.

19.- Tesis de Grado en Trabajo Social. Universidad Católica de Quito, 1976

20.- TORO, José Ricardo, Psiquiatría, Tercera edición

21.- MORRIS, Charles G, Psicología, Décima Edición

22.-WTZLAWICK, Paul, Teoría de la comunicación humana, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1974.

23.- Páginas Web Consultadas

Gilberto Espino González. Dinámica del impacto emocional del alcoholismo en la familia. *Artículo publicado en la revista Liber Addictus*

Disponible en, <http://www.infoadicciones.net/Pdf/027922.pdf>

Accesado: 20 Octubre de 2009

Rodriguez, Luis. Universidad de Sevilla. Oviedo. 2001.

Disponible en; <http://www.institutospiral.com/alcohólico/index.htm>

Accesado: 28 Octubre de 2009.

Asturias U, Alfredo. La Psicosis alcohólica.

Disponible en: <http://www.proyectoariadna.com/paginas/articulos.htm#Psicosis>

Accesado: 9 de marzo del 2005



6.2 GLOSARIO

ABULIA.- Carencia de voluntad, o disminución notable de su energía.

ALUCINACION.- Es una percepción falsa, o sea una percepción en la que no se consigue determinar la existencia del estímulo.

ALUCINACION ALCOHOLICA.- Se produce tras una importante intoxicación alcohólica en la que el sujeto ha estado consumiendo grandes dosis de alcohol durante varios días.

AMBIBALENCIA AFECTIVA.- Es la existencia simultánea de dos sentimientos contrapuestos. Así pueden existir al mismo tiempo los sentimientos de cariño y odio.

ANTABUS.- Medicamento utilizado para los alcohólicos, que produce náusea y vómito cuando se ingiere alcohol.

ARSENICO.- Elemento químico, se encuentra nativo o combinado con azufre en el oropimente, presenta varias formas alotrópicas.

APOMORFINICOS.- Sustancia obtenida de la morfina, capaz de desencadenar el vómito por el estímulo directo del centro del vómito.

APOPLEJIA.- En una fase aguda hay pérdida del conocimiento, que puede ser transitoria o preceder al subcoma o al coma profundo.

COMA.- Capacidad de respuesta disminuida o ausente a los estímulos táctiles, térmicos, propioceptivos, visuales, auditivos, olfativos o verbales que provoca un estado de sopor profundo en que se conservan tan sólo las funciones vegetativas.



DESADAPTIVOS.- No se adapta a los modelos de conducta y a las normas que aseguran la cohesión y el funcionamiento del sistema social.

DELIRIUM TREMENS.- Trastorno agudo de la mente y el cuerpo originado por la abstinencia del alcohol.

DEPRESION ALCOHLICA.- El ánimo está muy deprimido, ideas delirantes de inferioridad, culpabilidad, persecución.

DEMENCIA ALCHOLICA.- Existe una debilidad en la memoria y la inteligencia se debilita.

DISNEA.- Dificultad en la respiración.

ESTRICNINA.- Alcaloide blanco, cristalino, amargo y venenoso, actúa sobre la médula espinal provocando convulsiones tónicas.

ETIOLOGIA.- Estudio de las causas de las enfermedades.

ESTUPOR.- Estado caracterizado por una notable disminución de la actividad de las funciones intelectuales, de la reactividad y conciencia del entorno y de la actividad y de los movimientos espontáneos.

FISIOLOGIA PATOLOGICA.- Es un trastorno en el estado de salud como de enfermedad.

SLUCHEVSKI, F.- Psiquiatra soviético, primero en determinar la orientación hereditaria respecto a la aparición esquizofrénica, escribió una obra en 1960 que recogió toda la tradición psiquiátrica rusa hasta 1950, publicada en español por la Editorial Grijalbo autor de diversas obras de Psiquiatría.

HIPNOSIS.- Estado de sueño y pérdida de conciencia inducido artificialmente.



LABILIDAD.- Emociones rápidas, variable e inestable. Poca estabilidad emocional.

NISTAGMO.- Movimiento oscilante corto y rápido del globo ocular.

NEUMONIA.- Proceso inflamatorio del pulmón.

NEUROSIS.- Es un trastorno mental caracterizado por síntomas cognitivos, somáticos o emocionales que actúa como protectores de la ansiedad inconsciente que causa síntomas neuróticos.

NEUROLOGICO.- Trastorno psicomotor caracterizado por una disminución o ausencia de respuestas verbales y motoras a estímulos que aparece en intoxicaciones por sustancias tóxicas.

OBNUBILACION.- Se caracteriza por producir en el sujeto una sensación de adormecimiento y una lentitud psicomotora. Es una disminución de la vigilancia y la atención, acompañada de torpeza motora y lentitud en los procesos de pensamiento.

PAVLOV.- Fisiólogo ruso, estudió el sistema nervioso, el reflejo condicionado, padre de la psicología científica en general y de la psicología experimental del aprendizaje en particular.

PARAFRENICO.- Son alucinaciones auditivas, olfativas y del gusto.

PARANOICO.- Orgullo exagerado, rigidez de pensamiento, falsedad de juicio, ausencia de autocrítica, agresividad, etc.

PERITACION.- Informe que resulta de este estudio o trabajo realizado por un perito.



PSICOSIS.- Es una enfermedad de todo el organismo y sobre todo del cerebro, se manifiesta en trastornos de la conciencia o sea en la capacidad del individuo para reflejar exactamente el mundo que le rodea e influir sobre él con un fin determinado.

PRODROMICA.- Síntoma o estado de malestar que precede a la aparición de una enfermedad.

PSICOPATOLOGICO.- Estudio de las causas y de los procesos significativos en el desarrollo de los trastornos mentales.

PSEUDOPARALISIS ALCOHOLICA.- Se caracteriza por el debilitamiento progresivo y gradual de todas las formas de actividad psíquica. Disminuyen la inteligencia y la memoria, se debilita la atención.

PSICOSIS ALCOHOLICA.- Conjunto de trastornos mentales severos asociados con una disfunción orgánica cerebral debida al alcohol.

PSICOSIS DELIRANTE.- Es el delirio de persecución.

PSPSEUDOALUCINACIONES.- Alucinaciones visual o auditiva sin que exista una clara convicción sobre la realidad perceptiva de la experiencia.

SINDROME KORSKOFF.- Síndrome amnésico descrito en 1889 por Korsakoff. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria de fijación y de la memoria y la reproducción de los acontecimientos de un pasado próximo, luego ocurre lo mismo con la memoria del pasado lejano.