

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES

FRENTE AL ALCOHOLISMO

ROSA HELENA HOYOS MUÑOZ

Tesis de Grado presentada como requisito parcial
para optar al título de Magister en Educación,
Area de Orientación y Consejería.

Presidente: DOCTORA ELVIA VELASQUEZ DE PABON

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACION

PROGRAMA DE EDUCACION AVANZADA

Medellin, Septiembre de 1984

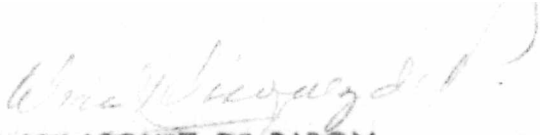
ACTA DE APROBACION DE TESIS


Los suscritos Jurados y Presidente de la Tesis "Conocimientos y Actitudes de Profesionales frente al Alcoholismo", presentada por la estudiante: Rosa Helena Hoyos M., como requisito para optar el Título de Magíster en Educación, Orientación y Consejería, nos permitimos certificar: Que después de estudiada y presentada la sustentación, consideramos que cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad y por tanto decidimos aprobarla.

 ELVIA VELASQUEZ DE PABON Presidenta	 ORLANDO TAMAYO M. Jurado
 EMILIA PULIDO DE PELÁEZ Jurado	 OSCAR MESA MORENO Jurado
 Dpto. de Educación Avanzada Sección de Formación Académica	 Dpto. de Educación Avanzada Sección de Formación Académica
Medellín, noviembre 14 de 1984	

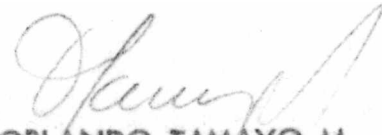
ACTA DE APROBACION DE TESIS

Los suscritos Jurados y Presidente de la Tesis "Conocimientos y Actitudes de Profesionales frente al Alcoholismo", presentada por la estudiante: Rosa Helena Hoyos M., como requisito para optar el título de Magíster en Educación, Orientación y Consejería, nos permitimos certificar: Que después de estudiada y presentada la sustentación, consideramos que cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad y por tanto decidimos aprobarla.


ELVIA VELASQUEZ DE PABON
Presidenta


EMILIA PULIDO DE PELÁEZ
Jurado

Dpto. de Educación Avanzada
Sección de Formación Académica


ORLANDO TAMAYO M.
Jurado


OSCAR MESA MORENO
Jurado

Dpto. de Educación Avanzada
Sección de Formación Académica

Medellín, noviembre 14 de 1984

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus sinceros agradecimientos:

AL DOCTOR BERNARDO RESTREPO GOMEZ, P.H.D. en Investigación en Educación y Tecnología Educativa. Profesor de Investigación de la Universidad de Antioquia.

AL DOCTOR NEFTALI RENDON RENDON, Magister en Administración Educativa y Planeaciones Industriales. Jefe de Unidad Docente, en el INEM José Félix de Restrepo y Jefe de Area de Fundamentación Científica de la Universidad de San Buenaventura.

A Todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. MARCO TEORICO	1
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ALCOHOLISMO.	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	3
1.3 DELIMITACION DEL CAMPO DE LA INVESTIGACION	3
1.4 DEFINICION DE TERMINOS	4
1.4.1 Alcohol	4
1.4.2 Alcoholismo	4
1.4.3 Culpabilidad.....	5
1.4.4 Dipsomanía	5
1.4.5 Disartria.....	5
1.4.6 Droga o Fármaco.....	5
1.4.7 Embriaguez	6
1.4.8 Enfermedad.....	6
1.4.9 Étílico.....	7
1.4.10 Etiopatogenia.....	7
1.4.11 Farmacodependiente	7

	Pag.
1.4.12 Imputabilidad	7
1.4.13 Los profesionales	7
1.4.14 Los profesionales comprometidos con nuestro sistema educativo	8
1.4.15 Punitivo	8
1.4.16 Síndrome.....	8
1.4.17 Síndrome de abstinencia	9
1.4.18 Tolerancia	9
1.4.19 Tolerancia al alcohol.....	9
1.4.20 Toxicomanía.....	10
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	10
2. MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	12
2.2 REVISION DE LITERATURA.....	13
2.3 EL CONOCIMIENTO APLICADO AL ALCOHOLISMO	13
2.4 LA ACTITUD.....	17
2.4.1 Concepto.....	17
2.4.2 Formación de las actitudes.....	18
2.4.3 Propiedades de las actitudes	19
2.5 EL ALCOHOLISMO	22
2.5.1 Definiciones	23
2.5.1.1 Concepción actual.....	25
2.5.2 Enumera cinco clases de alcoholismo (Según Jellinek).	25
2.5.2.1 Alcoholismo Alfa.....	25

	Pag.
2 c5 .2 .2 Alcoholismo Beta.....	26
2 .5 .2 .3 Alcoholismo Gama.....	26
2 .5 .2 .4 Alcoholismo Delta	26
2 .5 .2 .5 Alcoholismo Epsilon.....	27
2.6 ETIOPATOGENIA DEL ALCOHOLISMO.....	28
2 .6 .1 Factores Fisiológicos	28
2 .6 .1 .1 Genéticos.....	28
2 .6 .1 .2 Metabólicos.....	29
2 .6 .1 .3 Endocrinos	29
2 .6 .2 Factores Psicológicos.....	29
2 .6 .3 Factores socioculturales	30
2.7 FASES DEL ALCOHOLISMO.....	31
2 .7 .1 Fase prealcohólica u oculta	31
2 .7 .2 Fase prodrómica	32
2 .7 .3 Fase básica o decisiva.....	33
2 .7 .4 Fase Crónica	34
2.8 METABOLISMO DEL ALCOHOL	35
2.9 DIVERSIDAD DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOL.....	36
2 .9 .1 El alcoholismo en Gastroenterología..	36
2 .9 .1 .1 Pancreatitis Crónica	36
2 .9 .1 .2 Gastritis Aguda.....	37
2 .9 .1 .3 Lesiones en el Esófago.....	37

	Pag.
2.9.1.4	Úlcera Gastroduodenal 37
2.9.1.5	Cirrosis 37
2.9.1.6	Hepatitis alcohólica o insuficiencia hepática aguda. 38
2.9.1.7	Ictericia..... 38
2.9.1.8	Ascitis..... 38
2.9.1.9	Coma Hepático..... 38
2.9.2	Manifestaciones neurológicas periféricas del alcoholismo 39
2.9.3	Manifestaciones centrales del alcoholismo crónico.. 39
2.9.3.1	Ebriedad aguda 29
2.9.3.2	Temblor 40
2.9.3.3	Epilepsia alcohólica..... 40
2.9.3.4	Transtornos sensorio-perceptivos..... 40
2.9.3.5	Delirium Tremens 40
2.9.3.6	Encefalopatía de Wernicke 40
2.9.3.7	Atrofia cerebelosa..... 41
2.9.3.8	Mielopatía 41
2.9.3.9	Mielinólisis pontina cerebral..... 41
2.9.3.10	Enfermedad de Marchiafava-Bignami 41
2.9.3.11	Atrofias cerebrales 42
2.9.3.12	Ambliopía 42
2.9.4	Manifestaciones sociopatológicas del alcoholismo... 42
2.9.4.1	A nivel del alcohólico..... 43

	pág.
2.9.4.2 A nivel familiar	44
2.9.4.3 A nivel social	44
2.9.4.4 A nivel laboral	45
2.10 ALCOHOLISMO EN MEDELLIN	45
2.11 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOLISMO.....	47
2.11.1 Prevención Primaria	47
2.11.1.1 Regulación de la distribución, precios, adquisición y venta del alcohol.....	49
2.11.1.2 Actividades de educación e información para reducir la demanda como medida preventiva.....	52
2.11.2 Prevención secundaria o tratamiento.....	54
2.12 LEGISLACION COLOMBIANA SOBRE ALCOHOLISMO.....	54
2.12.1 Aspectos legales.....	55
2.12.1.1 Código de Policía.....	55
2.12.1.2 Estatuto de protección social.....	55
2.12.1.3 Código Nacional de Tránsito Terrestre	56
2.12.1.4 Estatuto Nacional de Estupefacientes.....	56
2.12.1.5 Código Penal	58
2.12.2 Aspectos Criminológicos.....	58
3. DISEÑO METODOLOGICO.....	60
3.1 POBLACION.....	60
3.2 MUESTRA.....	61

	Pag.
3.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	65
3.4 VARIABLES	65
3.4.1 Variables independientes	65
3.4.2 Variable Dependiente	65
3.4.3 Variables intervinientes	65
3.5 HIPOTESIS	66
3.6 INSTRUMENTOS DE MEDICION	66
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS...	71
4.1 CONCLUSIONES PARCIALES	71
4.1.1 Conocimientos controlando actitud y sexo en los médicos	71
4.1.2. Actitud frente al alcohólico, en los médicos controlando sexo y conocimiento.....	73
4.1.3. Conocimientos controlando actitud y sexo en los Psicólogos.....	75
4.1.4 Actitud frente al alcohólico, en los Psicólogos - controlando sexo y conocimientos	77
4.1.5 Conocimientos controlando actitud y sexo en los Licenciados en Educación.....	79
4.1.6 Actitud frente al alcohólico, en los Licenciados en Educación controlando sexo y conocimientos....	77
4.1.7 Conocimientos controlando actitud y sexo en los Trabajadores Sociales.....	82
4.1.8 Actitud frente al alcohólico, en los Trabajadores Sociales controlando sexo y conocimientos	84
4.1.9. Conocimientos controlando actitud y sexo en los Jueces	86

	pág.
4.1 .10. Actitud frente al alcohólico, en los Jueces controlando sexo y conocimientos	88
4.1 .11 Conocimientos controlando actitud y sexo en todos los profesionales.....	89
4.1.12 Actitud frente al alcohólico, en todos los profesionales controlando sexo y conocimientos....	91
4.2 RESUMEN.....	94
4.2.1 Análisis del cuadro resumen de puntajes de conocimientos y actitudes por sexo y profesión con su respectivo porcentaje.....	95
4.2.2 Conclusión	96
5. ANALISIS DE RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE OPINION.....	97
5.1 ALCOHOLISMO Y ACCIDENTALIDAD	97
5.2 ALCOHOLISMO Y AUSENTISMO LABORAL	100
5.3 LA MUJER Y EL ALCOHOL.....	103
5.4 ALCOHOLISMO Y MEDIOS DE COMUNICACION.	106
5.4.1 Item No. 34.....	109
5.4.2 Item No. 35	113
5.5 ALCOHOLISMO, PREVENCION	116
5.5.1 Item No. 37	119
5.5.2 Item No. 38	123
5.6 POSICION FRENTE AL ALCOHOLICO E INSTITUCIONES QUE LO ATIENDEN	126
5.6.1 Item No 39	126
5.6.2 Item N° 40.....	130

	pág.
5.7 SITUACION PERSONAL DEL ENCUESTADO FRENTE AL ALCOHOL.....	132
6. DISCUSION FINAL.....	135
6.1 CONCLUSIONES G E N E R A L E S	136
6.2 RECOMENDACIONES.....	138
BIBLIOGRAFIA.....	140
ANEXOS	144

INTRODUCCION

La presente investigación proporciona una idea del tipo de conocimientos y de actitudes que frente al problema del alcohol tienen los Médicos, Psicólogos, Licenciados en Educación, Trabajadores Sociales y Jueces de la ciudad de Medellín. Detecta también hasta que punto ellos creen que es necesario y justificable la creación de un programa preventivo sobre el uso de las bebidas alcohólicas.

El Marco Teórico hace referencia a los planteamientos anteriores.

El Diseño Metodológico ajustado a este tipo de investigación es el Descriptivo-Explicativo y su técnica estadística corresponde al Diseño Factorial.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ALCOHOLISMO

En todas las sociedades y en todas las épocas, se han conocido y empleado sustancias que al usarse producen placer o evitan malestar y dolor. Es el caso del alcohol que ingerido continuamente lleva al individuo al denominado alcoholismo.

En Colombia, el uso del alcohol ha estado ligado a nuestra historia; estaba generalizado entre la población indígena a la llegada de los conquistadores a América; utilizaban especialmente bebidas fermentadas de las cuales la más común era la chicha.

En 1888 Liborio Zerda realizó algunos estudios sobre el alcoholismo y habló sobre el principio tóxico de la chicha. A partir de este año se publicaron varios informes científicos sobre las consecuencias nefastas que acarrea el abuso del alcohol.

En Colombia el uso del alcohol es socialmente aceptado, tolerado, difundido y estimulado por el mismo Estado, que es el poseedor del monopolio en la fabricación de licores destilados (16 empresas departamentales licoreras); la producción de vinos y cervezas puede estar en manos de particulares, hasta 1980 estaban registradas 6 empresas cerveceras y 43 fábricas de vinos.

La tradición alcohólica que posee Colombia y el hecho de ser el Estado el principal productor de éstas bebidas le ha merecido el calificativo de "Estado Cantinero", al cual se refirió Ernesto Samper Pizano, en un informe de Anif en los siguientes términos: "un estado cantinero que embriaga a la población para poder educar a las generaciones, las que más tarde habrán de embriagarse también para que eduquen a sus hijos, en una especie de harakiri cultural".¹

El salario de los maestros en Colombia proviene casi en su totalidad de las ganancias que el Estado obtiene de las ventas de las industrias licoreras.

En 1978 estas ventas alcanzaron los 3000 millones de pesos.

(1) RUIZ HERNANDEZ, Hernando. Memorias Congreso Internacional sobre alcoholismo y farmacodependencia. Medellín, 1980.

En Medellín el alcoholismo afecta a personas de ambos sexos principalmente hombres, (aunque éste ha aumentado en las mujeres), se presenta desde la adolescencia hasta la tercera edad, en cualquier estado civil, clase social y estado cultural.

La incidencia del alcoholismo en Colombia es aproximadamente del 10 por mil.

El 61.2% de toda la población beben corrientemente según un estudio hecho en 1978 por MARILYNN E. KATNITSKY.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Determinar los conocimientos y las actitudes que, con respecto al alcoholismo, tienen algunos de los profesionales que trabajan en el campo de las Ciencias Sociales y Humanas con miras a detectar si ellos consideran necesario la creación de un programa preventivo sobre el uso de las bebidas alcohólicas.

1.3 DELIMITACION DEL CAMPO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación va dirigida a profesionales que trabajan directamente con el elemento humano como lo son: los Médicos, Psicólogos, Licenciados en Educación, Trabajadores Sociales y Jueces de la ciudad de Medellín.

1o4 DEFINICION DE TERMINOS

1.4.1 Alcohol

Es una sustancia química que contiene un grupo oxhidrónico u OH. Las formas más comunes de este compuesto químico son el alcohol de grano-etanol y el alcohol de madera o metanol, ambos con un bajo punto de ebullición y una intensa actividad química, lo cual los hace útiles en la industria .

El alcohol es también un importante producto en la fermentación de ciertos granos, tales como el maíz, el arroz y la cebada.

La gran mayoría de los alcoholes son altamente tóxicos, exceptuando el etanol que es utilizado en medicina.

Las bebidas alcohólicas pueden ser de dos tipos: fermentadas como el vino, la cerveza, la chicha y destiladas como los licores, aguardiente, ron etc.

1.4.2, Alcoholismo

Término general que reúne los diversos síndromes consecutivos a la ingestión de alcohol.

1.4.3 Culpabilidad

Desde el punto de vista jurídico, es el hecho de haber incurrido en culpa, considerado como condición de una responsabilidad civil o penal.

1.4.4 Dipsomanía

Tendencia morbosa o irresistible a las bebidas.

1.4.5 Disartria

Incapacidad de hablar en forma correcta.

1.4.6 Droga o Fármaco

Es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones. El alcohol es una droga que por el hecho de ser bebida se le subestiman sus características como tal; su acción es similar a la de los barbitúricos.

"La definición correcta del abuso de una droga, inclusive del alcoholismo, es en un sentido objetivo: uso excesivo de la droga hasta un grado que daña cuantificablemente la salud de la persona, su funcionamiento social

o su ajuste vocacional"².

1.4.7 Embriaguez

Turbación de las potencias por haber bebido mucho vino u otro licor. La embriaguez puede clasificarse en tres períodos:

- De excitación, con sensación de bienestar y tendencias expansivas; las manifestaciones afectivas dependen de la personalidad del individuo.
- Ebriedad, con incoherencia, ideas confusas y, a veces ilusiones; pueden presentarse náuseas, vómitos, disartria, marcha vacilante, etc.
- Coma alcohólico: caracterizado por sueño profundo, palidez, sudores profusos, hipotensión, fiebre, etc.

1.4.8 Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, género o clase de trastorno morbosos, al que puede referirse un caso particular. Conjunto de fenómenos que se producen en un organismo que

(2) FORT, Joel. Alcohol. Nuestro máximo problema de drogas. México, Editorial Extemporáneos, S.A., 1974 p. 13.

sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella.

1.4.9 Étílico

Alcohol étílico o etanol, componente básico en las bebidas alcohólicas.

1.4.10 Etiopatogenia

Estudio de las causas que originan las enfermedades.

1.4.11 Farmacodependiente

Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, se presentan modificaciones del comportamiento.

Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.

1.4.12 Imputabilidad

Jurídicamente es la posibilidad de considerar a una persona como autora de una infracción, desde el punto de vista tanto material como moral.

1.4.13 Los profesionales

En la presente investigación al citar la expresión: los profesionales se ha-

rá referencia a los Médicos, Licenciados en Educación, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Jueces a quienes fue dirigida ésta.

1.4.14 Los profesionales comprometidos con nuestro sistema educativo

Son los profesionales: Médicos, Licenciados en Educación, Psicólogos, Trabajadores sociales y Jueces a quienes fue dirigida la investigación.

1.4.15 Punitivo

Relativo al castigo.

1.4.16 Síndrome

Conjunto de síntomas y signos que simultáneamente, se repiten en cierto número de enfermedades y son comunes a un grupo nosológico determinado, pero insuficiente, por sí mismo, para establecer el diagnóstico de una enfermedad determinada. Cualquiera de sus manifestaciones, síntomas o signos pueden encontrarse, por separado, en otras afecciones. Las diversas combinaciones de estas manifestaciones establecen las diferencias entre un síndrome y otro.

1.4.17 Síndrome de abstinencia

Es el conjunto de signos y síntomas que se manifiestan en los alcohólicos y toxicómanos cuando se suprime bruscamente al tóxico. Los síntomas de abstinencia de los depresores (como el alcohol) pueden llevar a convulsiones, delirio tremens, debilidad, hipertensión sanguínea, pulso rápido, sudoración profusa, carne de gallina, diarrea, cólicos, vómitos y a veces colapso cardio-vascular.

1.4.18 Tolerancia

Es la necesidad de aumentar progresivamente la dosis de la droga para obtener la misma acción.

1.4.19 Tolerancia al alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud, es la capacidad de un organismo de contener alcohol en la sangre sin alteración demostrable de la función nerviosa.

Esta definición no debe ser empleada en el sentido de:

Cantidad de alcohol requerida por un individuo para producir euforia.

Cantidad de alcohol ingerido por un individuo sin aparición de signos de intoxicación.

La mayor capacidad para ingerir grandes cantidades de bebidas alcohólicas sin obtener efectos sobre el organismo.

1.4.20 Toxicomanía

Llamada también dependencia de o adicción a las drogas, es la tendencia irresistible a consumirlas.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Determinar si los Médicos, Licenciados en Educación, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Jueces consideran necesaria la creación de un programa preventivo, sobre el uso de las bebidas alcohólicas.

Detectar que tipo de conocimientos sobre el alcoholismo y sus consecuencias, tienen los profesionales comprometidos con nuestro sistema educativo.

Determinar la actitud de los profesionales comprometidos en nuestro sistema educativo hacia el alcohólico, manifestada en aceptación o rechazo.

- Establecer si los conocimientos que se tienen sobre el alcoholismo y sus consecuencias poseen incidencia en la formación de la actitud frente al alcohólico.

- Detectar si hay diferencia significativa en los conocimientos que sobre el alcoholismo y sus consecuencias tienen los dos sexos y las diferentes profesiones.

- Comparar la actitud que frente al alcohólico tienen los dos sexos.

- Determinar el grado de conocimientos que poseen los profesionales sobre programas de tipo preventivo relacionados con el alcoholismo.

- Clarificar la opinión que tienen los diferentes profesionales frente a la influencia del alcoholismo en la accidentalidad, el efecto de las propagandas, el ausentismo laboral.

- Establecer en que medida los profesionales consideran al alcohólico un farmacodependiente.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Los profesionales comprometidos con la educación y la salud de la sociedad requieren conocimientos muy precisos sobre uno de los problemas más serios que se presentan en nuestra sociedad. El alcoholismo es un grave problema de salud pública, tanto por el número de personas involucradas en él como por las severas consecuencias que trae para el enfermo, su familia y la sociedad.

La forma más importante para disminuir los problemas relacionados con el alcohol, es la educación de la niñez y la juventud para que conozcan los riesgos del alcoholismo y adquieran hábitos que los protejan de éste. Los profesionales que trabajan en educación y en salud son importantes grupos de presión social y base para la aplicación de un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas; por lo tanto las actitudes que tengan estos profesionales frente al alcoholismo, los conocimientos que posean sobre el mismo, la conciencia que tengan frente a la magnitud del proble-

ma, son un requisito para la implantación de un programa preventivo.

Las consecuencias y magnitud del consumo de alcohol pueden apreciarse en los estudios efectuados en clínicas y hospitales sobre mortalidad por Cirrosis y por accidentes; en las estadísticas de producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas, más las investigaciones sobre Patología, Anatomía y Genética demuestran la importancia del estudio sobre el alcoholismo y de las medidas que debieran tomarse al respecto.

2.2 REVISION DE LITERATURA (Véase Bibliografía)

2.3 EL CONOCIMIENTO APLICADO AL ALCOHOLISMO

Para la realización del presente trabajo se tomó el conocimiento como el saber, las explicaciones que tienen los diferentes profesionales acerca del hecho del alcoholismo, sus causas, características, sus efectos y los posibles medios de prevención. Las explicaciones que sobre tal fenómeno existen se pueden agrupar, en términos generales, en:

Explicaciones ideológicas que se toman acríticamente del medio social y como tal se repiten y mantienen. Dentro de estas explicaciones, a modo de ejemplo pueden nombrarse: Las explicaciones "mágicas" atribuir el alcoholismo a determinantes impersonales, como cuando en los alcohólicos

anónimos se habla del espíritu del alcoholismo.

Explicaciones reduccionistas como las que conciben que en el alcoholismo opera un solo factor: puramente orgánico (necesidad física genética del alcohol), o lo atribuyen a razones emocionales de orden psíquico, las que únicamente lo atribuyen a factores culturales y sociales, y las que lo atribuyen a carencia de sentido moral.

Estas explicaciones no son erradas sino que el problema consiste en generalizarlas como explicaciones universales para todos los casos.

Explicaciones con algún carácter científico. Estas explicaciones parten de diferenciar los casos con el fin de detectar causas, características y efectos específicos del fenómeno y posibles medios de prevención en cada caso.

Explicaciones de las causas. Estas son múltiples, lo que se trataría de identificar en cada caso es cual o cuales operan. Entre estas causas las más comunes son:

- Factores fisiológicos: genéticos, metabólicos, endocrinos.
- Factores Psicológicos: Las características más destacadas en la personalidad alcohólica .
- Factores socio-culturales: Los que el medio hace propicias para fomen-

tar el problema alcohólico.

Explicaciones de las características de la evolución del alcoholismo en sus fases:

- Prealcohólica u oculta

- Prodrómica

- Básica o decisiva

- Crónica

Explicaciones de los efectos o problemas que determina el alcoholismo en manifestaciones:

- Gastroenterológicas

- Neurológicas periféricas

- Manifestaciones del sistema nervioso central

- Manifestaciones socio culturales.

Explicaciones o elaboraciones de los posibles medios de prevención.

Se impone diferenciar con claridad los tratamientos terapéuticos de los tratamientos preventivos o educativos.

Este trabajo tiene un interés especial por los tratamientos preventivos, con los medios necesarios para evitar la incidencia en el abuso de las bebidas alcohólicas.

Es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud propone los siguientes medios para la prevención del alcoholismo:

- Identificar con claridad los factores responsables que inducen al alcoholismo.
- Intervención inmediata y oportuna para eliminar los factores.
- Reducción de las cantidades de consumo.
- Cambio de hábitos de consumo.
- Regulación de precios.
- Publicidad dando a conocer efectos nocivos para la salud.

Educación e información.

Los resultados de la tesis se encargarán de evidenciar la necesidad o no de programas de información y de prevención con respecto al alcoholismo.

En este capítulo no se hizo alusión a las diferentes teorías del conocimiento existentes y a las diversas formas de llegar al conocimiento por no ser el objeto del presente trabajo. Sin embargo denota, y ejemplifica un modo

de concebir el conocimiento: la investigación concreta, en la práctica del fenómeno del alcoholismo.

2.4 LA ACTITUD

2.4.1 Concepto

El concepto de actitud partió de la Psicología Social; fue introducido en ella, en 1918 por Thomas y Znaniechi, considerándola como un proceso mental individual que señalan las respuestas actuales como también las potenciales de cada persona en su medio ambiente social.

Las actitudes crecen y se desenvuelven con los demás rasgos de la vida mental.

Para Allport "una actitud es un estado (disposición) psíquico y neuro-fisiológico, organizado por la experiencia individual, y que tiene influencia directora o dinámica sobre la manera de reaccionar del individuo ante aquellos objetos o situaciones a las que se refiere la actitud"³.

Para la Psicología Social la actitud es una estereotipia, influida por los

(3) ACKERMANN, A. Psicología Aplicada. Madrid, Ediciones Morata, S.A. 1970 p: 15.

sentimientos e independiente de las experiencias, que pueden tener influencia en las percepciones sensoriales y en las acciones.

Batista opina que "la actitud ha sido concebida como un mecanismo funcional de ajuste, o como un elemento que permite describir un modo particular de pensamiento o de valoración en un grupo dado".

Las actitudes se adquieren por aprendizaje, no se desligan del mundo social en el que se aprenden y mantienen.

2.4.2 Formación de las actitudes

Para Batista las actitudes tienen su origen en:

- El acrecentamiento de la experiencia, o integración de variadas experiencias pero con similitud entre ellas.
- Experiencias adicionales permiten que la actitud sea más concreta y se diferencie de otras.
- Los traumas o experiencias sobresalientes constituyen una tercera causa posible de surgimiento de actitudes.

(4) BATISTA J, Enrique E. Escalas de Actitudes. Medellín, Editorial Capiyepes. 1982 p: 5.

La aceptación por identificación o introyección de actitudes paternas o de otras personas significativas.

2.4.3 Propiedades de las actitudes

Como dice SCOTT (citado por Batista) hay once propiedades de actitudes, ellas son:

- Dirección. Entendida ésta como la distancia psicológica, positiva o negativa, frente al objeto de la actitud. De la actitud frente a un objeto se piensa en términos de sentimientos positivos o negativos, con la opción de una posición neutra (o indiferente o ambivalente).
- Ambivalencia. Indica que frente a un objeto pueden existir componentes tanto favorables como desfavorables.
- Magnitud. Se refiere al grado de favorabilidad o desfavorabilidad del sentimiento frente al objeto psicológico de la actitud. Usualmente las escalas de actitud miden esta propiedad.
- Intensidad, habitualmente se confunde con la magnitud; se refiere a qué tan fuerte es el sentimiento, favorable o desfavorable, experimentado frente al objeto.
- Centralidad o prominencia, entendida como la importancia del objeto para la persona, o también la prontitud con que ésta puede expresar

la actitud.

- Prominencia afectiva se refiere al grado hasta el cual la percepción del objeto por parte de la persona está dominada por contenidos afectivos.
- Complejidad cognitiva. Indica qué tanta información o ideas tiene la persona frente al objeto. Está ligado al componente cognoscitivo de una actitud.
- Prominencia conativa. Entendida como el grado de tendencia a la acción presente en la actitud.
- Aislamiento versus enlace. Una actitud puede estar aislada de otros elementos a través de asociaciones, racionalizaciones y mecanismos similares.
- Flexibilidad, las actitudes no son rígidas, ellas pueden ser, y de hecho son, alteradas por una multiplicidad de factores.
- Conciencia, existe cierto grado de conciencia frente a las actitudes que se tienen frente a un objeto psicológico. Pensar en una actitud totalmente inconsciente es equivalente a pensar en "tendencias de comportamiento sin una contraparte fenomenológica directa, o sea, actitudes en las que están ausentes los componentes cognoscitivos y afectivos (o que no son verbalizables por las personas).

Para elaborar escalas de actitudes se deben tener en cuenta los anteriores elementos en su conceptualización.

Las actitudes han sido tratadas desde el punto de vista de los behavioristas, conductistas, psicoanalistas etc, cada uno con su enfoque teórico respectivo.

Podemos aproximarnos a la medición de las actitudes con la ayuda de indicadores: las escalas de actitudes.

"El modelo básico de la mayoría de las escalas de actitud es una serie de enunciados, todos ellos referentes a un tema claramente definido, y que expresan actitudes favorables, neutrales o desfavorables frente al mismo. La persona a la que se aplica la escala indica si está o no de acuerdo con los enunciados, o en que medida está de acuerdo o en desacuerdo, o qué enunciado expresa mejor su propia actitud. La puntuación resultante muestra la actitud de la persona según la posición que ocupa en una escala, que va de muy favorable a muy contrario, pasando por la actitud neutral".

En el presente trabajo el tema hacia las actitudes está claramente definido: Actitudes que frente al alcohólico poseen los Médicos, los Psicólogos, los

- (5) NISBET, J.D. y N.J. Entwistle. Métodos de Investigación Educativa. Barcelona, Ediciones Oikos- Tau, S.A., 1980. p: 154.

Licenciados en Educación, los Trabajadores Sociales y Jueces, que laboran en Medellín.

La actitud la categorizamos de la siguiente manera:

Actitud Positiva: La poseen y expresan los profesionales que comprenden, aceptan, toleran al alcohólico.

Actitud Negativa. La poseen y expresan los profesionales que rechazan, odian y no comprenden ni toleran al alcohólico.

2.5 EL ALCOHOLISMO

2.5.1 Definiciones

La concepción inicial que se tenía sobre el alcoholismo era la de un vicio, por esta razón fue explicado desde el punto de vista moral y social.

Desde 1800 hasta 1850 predominó una concepción sintomatológica de enfermedad, donde se incluían todas las formas clínicas de lo que hoy llamamos alcoholismo, el máximo exponente de esta concepción fue C. Von Bruhl-Gramer.

Magnes Huss entre 1850 y 1900 enunció la concepción anatomo-patológica del alcoholismo y la definió como el conjunto de todas las perturba-

dones duraderas de las funciones psíquicas y físicas producidas por el abuso habitual de alcohol". Huss describió en detalle los daños o lesiones en los diferentes órganos causados por la ingestión excesiva del alcohol.

En 1900 más o menos empieza a utilizarse el término de adicción en relación con el alcohol.

En 1926 Cimbal afirma: "Lo que define la adicción al alcohol no es el hábito de usar bebidas alcohólicas sino la sed irresistible por la intoxicación".

En 1933 Ernest define a los adictos como "aquellos que no pueden detener la ingestión". Estos autores hacen énfasis en la dependencia física hacia la droga.

En 1940 la concepción del alcoholismo como una adicción alcanza una expresión más clara en la obra de Bowman K. M. y Jellinek E.M. En 1946 se considera como síntoma fundamental del alcoholismo la pérdida del control en la ingestión.

En 1955 un informe redactado por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, cita como síntoma fundamental del alcoholismo en términos de adicción a la incapacidad de abstenerse del etanol. La incapacidad de abstenerse de alcohol y la pérdida del control en la inges-

ción son las dos formas clínicas que caracterizan la adicción a la droga.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) "el alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo dietético acostumbrado o el de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica". ^ En 1960 la O.M.S. realizó en Chile un seminario latinoamericano sobre alcoholismo, allí definió el alcoholismo como "un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresada a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse de alcohol". ⁷

Desde el punto de vista epidemiológico puede definirse "como una enfermedad adquirida, crónica, progresiva en la vida (adulto), caracterizada por la ingestión compulsiva de cantidades excesivas de alcohol que conduce en los estados más avanzados de la enfermedad a ciertas secuelas de deterioro psicológico, social y físico".

(6) BUSTAMANTE, Miguel E. Gaceta Médica de México, vol. 116, No. 6, Junio, 1980. p. 240.

(7) POCH F, Gustavo y RUBIO, Horacio H. Alcoholismo. Buenos Aires. Editorial Universitaria, 1970 p: 101.

(8) BUSTAMANTE, Op. Cit., p. 240.

De las definiciones de alcoholismo aquí tratadas se observa que algunas tienen como punto de partida el alcohol: cantidad, calidad, ingestión, etc. Otras se concentran en la patología subyacente, otras enfatizan los factores sociológicos, psicológicos, etc., esto debido a la complejidad del tema que ha hecho que se ocupen de él la medicina, la psiquiatría, la psicología y la sociología entre otras ciencias.

2.5.1.1 Concepción actual

Teniendo en cuenta su amplia experiencia sobre el tema Jellinek, elaboró un concepto amplio, genérico y abierto del alcoholismo tomó como punto de partida la noción de daño o lesión provocados por el uso del etanol. Acepta como alcoholismo "cualquier uso de bebidas alcohólicas que causan cualquier daño al individuo o a la sociedad ó a ambas".

2.5.2 Enumera cinco clases de alcoholismo:

2.5.2.1 Alcoholismo Alfa

En este período hay "dependencia psicológica del alcohol para aliviar el dolor físico o emocional". La ingestión es indisciplinada pero hay control para abstenerse.

El daño en esta etapa consiste en la perturbación de las relaciones inter-

personales, interferencia con el presupuesto familiar, ausentismo ocasional del trabajo, disminución de la productividad y algunas deficiencias matrimoniales.

2.5.2.2 Alcoholismo Beta

En esta especie pueden aparecer complicaciones alcohólicas como Polineuropatías, Gastritis y Cirrosis Hepática sin que exista dependencia física o psicológica hacia el alcohol, causado principalmente por hábitos culturales de ingestión.

2.5.2.3 Alcoholismo Gama

Se caracteriza esta etapa por:

- Una tolerancia tisular aumentada y adquirida hacia el alcohol.
- Un metabolismo celular adaptativo.
- Una pérdida del control sobre la cantidad de alcohol que se ingiere.
- Una dependencia física: necesidad de beber.

2.5.2.4 Alcoholismo Delta

Muestra las características del alcoholismo gama más la incapacidad de

abstenerse.

2.5.2.5 Alcoholismo Epsilon:

Dipsomanía o alcoholismo puriódico.

Es la menos conocida de las especies de alcoholismo y no ha sido posible establecer con precisión si es una enfermedad propia o ajena al síntoma de enfermedad subyacente.

Para Jellinek, los casos de alcoholismo Gama y Delta pueden explicarse por un proceso farmacológico de adicción y para ello se basa en los siguientes hechos:

- En el alcoholismo se produce una "tolerancia tisular aumentada y adquirida hacia el alcohol".

- La naturaleza de los síntomas de abstinencia son los mismos en el alcoholismo que en la adicción a la droga; estos síntomas indican una verdadera demanda física de alcohol.

- Existe en el alcohólico un deseo imperioso hacia el alcohol.

- Existe en el alcohólico pérdida de control o incapacidad para controlar la cantidad de etanol que se ingiere.

2.6 ETIOPATOGENIA DEL ALCOHOLISMO

"Al considerar la etiopatogenia de esta enfermedad hay que tener en cuenta tres grupos de factores íntimamente relacionados entre sí y que actúan en mayor o menor grado en diferentes individuos. Dichos factores son: fisiológicos, psicológicos y sociales".⁹

2.6.1 Factores Fisiológicos

2.6.1.1 Genéticos

Vicki Pollack y Sarnoff A. Mednick hablan de una predisposición biológica al alcoholismo. Estudios con indicadores genéticos, en mellizos e hijos adoptivos se han llevado a cabo para evaluar la posibilidad de componentes genéticos en alcoholismo. En resumen los estudios de indicadores genéticos indican que existe alguna forma de herencia alcohólica.

Jellinek en 1960 sostiene que en ciertas formas de alcoholismo existe una predisposición en la constitución del alcohólico.

(9) POCH, Gustavo F. y RUBIO, Horacio H. Op. Cit., p: 101.

2.6.1.2 Metabólicos

Varios autores: LECOQ, Smith sostienen que los trastornos humorales del alcoholismo pueden condicionar a su vez el hábito alcohólico. El acetaldehído es el responsable de la cadena metabólica del alcohol que lleva a desarrollar en el alcohólico la tolerancia ya que el cuerpo produciría sus propias sustancias adictivas.

2.6.1.3 Endocrinos

Para Smith existiría en el alcohólico un déficit corticosuprarrenal secundario a una alteración de los centros hipotalámicos.

2.6.2 Factores Psicológicos

Las escuelas actuales sostienen que el alcoholismo es "la expresión de un desarrollo desequilibrado de la personalidad. Los rasgos infantiles de una parte de la personalidad coexisten en el enfermo con los rasgos maduros de la otra".¹⁰

(10) POCH, Gustavo F. y RUBIO, Horacio H. Op. Cit. pp: 101 y 102.

Las características más destacadas en la personalidad alcohólica son: fijaciones y regresiones a nivel del desarrollo emocional (madre sobreprotectora y frustradora), reacciones impulsivas, inestabilidad psíquica, baja tolerancia para las tensiones y frustraciones, marcada dependencia, incapacidad de relacionarse adecuadamente, tendencia al aislamiento, elevado grado de angustia, sentimientos de culpa, indignidad y perversidad, relaciones de hogar anómalas, etc, estos rasgos perpetúan en el adulto la forma del comportamiento normal de la infancia. Con respecto al problema del alcoholismo la escuela psico-analítica y la psicodinámica coinciden en afirmar que este fenómeno es "un síntoma de una perturbación emocional subyacente" que se identifican con un homosexualismo latente; con necesidad inconsciente de dominio, o con el intento de escapar de sentimientos de culpabilidad, para Yates el alcoholismo se encuentra en la categoría de las neurosis obsesivas. (Yates, 1977)

2.6.3 Factores socioculturales

Actúan cuando el individuo bebe para no estar en desacuerdo con las normas o patrones del grupo social al cual pertenece. El grado de tolerancia y permisividad social. Algunas profesiones tienden con más facilidad al alcoholismo como lo son los negociantes, abogados, etc, que frecuentan bares para sus reuniones de negocios.

Los efectos de la propaganda para el uso del alcohol que es intensa, constante, hábil y sin límites.

2.7 FASES DEL ALCOHOLISMO

Según Jellinek, en la evolución de la enfermedad alcohólica pueden considerarse cuatro etapas o fases:

2.7.1 Fase prealcohólica u oculta

Nos encontramos frente a un individuo que tiene problemas, sufre de tensiones insoportables y pertenece a un círculo social donde el ingerir bebidas alcohólicas es una costumbre; estando en este medio efectúa ingestas que alivian sus dificultades: hay alivio de sus tensiones, disminución de las inhibiciones, facilitación de los contactos y producción de una sensación de bienestar momentáneo. El individuo cree que la mejoría de sus trastornos se debe al ambiente en el cual bebe y no al alcohol que ingiere, por lo tanto busca participar de ese ambiente donde bebe aumentando paulatinamente la cantidad de alcohol aún sin embriagarse.

No se observan cambios significativos somáticos ni psíquicos provocados por el alcohol. Este período puede durar meses y aún algunos años dependiendo de la constitución física y psíquica del individuo y de las condi-

ciones sociales y económicas de su vida. Si continúa bebiendo en exceso hasta llegar a la "laguna" es la iniciación de la segunda etapa.

2.7.2 Fase prodrómica

Esta etapa se caracteriza por la aparición de dos hechos en la evolución de la enfermedad:

- El palimpsesto o laguna
- El cambio de conducta del bebedor con la toma de conciencia de su necesidad alcohólica.

El palimpsesto es una forma de amnesia retrógrada causada por una deficiente utilización del oxígeno debida a la acción del tóxico.

Durante el palimpsesto el individuo puede tener una conversación coherente, realizar actos complicados sin error y luego no recuerda nada de ello.

Al respecto señala Jellinek que, en el etilista crónico el palimpsesto se tiene aún cuando el enfermo no se ha embriagado, en cambio, para que exista un palimpsesto en el bebedor excesivo no alcohólico es necesario que el individuo se embriague. Siempre que exista un palimpsesto con poca ingestión de alcohol y en ausencia de síntomas de intoxicación aguda, podemos afirmar que estamos en presencia de una alcoholomanía.

En esta fase encontramos también la toma de conciencia de la necesidad alcohólica por parte del enfermo y su preocupación por evitar que su dependencia se haga evidente para la sociedad.

En este período el enfermo se aleja de los grupos por unos momentos para beber a hurtadillas, se asegura de provisiones que esconde y surge el sentimiento de culpa. Es posible la recuperación del enfermo pero llegando a la abstinencia total.

En esta etapa ya se hace evidente a familiares y amigos la enfermedad.

2.7.3 Fase básica o decisiva

La iniciación de la tercera etapa está determinada por la pérdida del control de la ingesta del alcohol, en cuanto toma la primera copa pierde su resistencia para abstenerse y sigue bebiendo hasta alcanzar cierto grado de intoxicación aguda. Una vez alcanzada esta intoxicación es capaz de abstenerse voluntariamente durante varios días, semanas o meses, la compulsión se inicia nuevamente con la primera copa.

El enfermo desarrolla un sistema de razonamiento para justificar su conducta, posteriormente llega al sistema de aislamiento, culpa de su desgracia a todo el mundo y aparece una creciente agresividad, el sentimiento de culpa adquiere un carácter persistente, promete a su familia total enmien-

da, teniendo períodos de abstinencia, al fallar sus propósitos, aumenta la hostilidad hacia su medio social, el aislamiento se hace más pronunciado, su conducta se vuelve alcoholocéntrica, generalmente deja su trabajo, hay pérdida de interés, desarrolla una marcada autoconmiseración. Al progresar la enfermedad ocurren cambios en la vida familiar, decadencia de la potencia sexual y alteraciones de la nutrición.

2.7.4 Fase Crónica

En esta fase el enfermo se intoxica durante el día en horas laborables hasta llegar a incapacitarse completamente.

Su conducta provoca el rechazo social unánime y constituye un grave riesgo social; hay decadencia ética, trastornos del pensamiento, de la afectividad y de la voluntad, afectos superficiales y primitivos, gran irritabilidad, sufre de un temor vago e indefinido (hacia un castigo) sentimientos que trata de controlar junto con un temblor que aparece que lo incapacita hasta para prender un fósforo.

En el enfermo su dependencia hacia el alcohol es tan intensa que a falta de él, ingiere colonia, lociones, alcohol médico, barniz para muebles, etc.

Su tolerancia empieza a disminuir y se embriaga con reducidas cantidades de alcohol, admite su fracaso.

En esta etapa se pueden desarrollar las psicosis alcohólicas.

2.8 METABOLISMO DEL ALCOHOL

Daremos una breve y sencilla descripción de los primeros pasos en el metabolismo del alcohol en el organismo, para una mejor comprensión de los efectos que el etílico causa en el cuerpo.

El proceso metabólico sigue estos pasos: absorción, difusión y oxidación.

El 20% de alcohol ingerido, es absorbido en el estómago, el 80% pasa al intestino delgado se incorpora a la sangre entre los cinco y diez minutos de ingerido, alcanza su máximo nivel entre los treinta y noventa minutos, para descender luego se distribuye en todos los tejidos del organismo, así como también en el agua intra y extracelular. La concentración en las diversas estructuras tisulares es directamente proporcional al contenido acuoso de las mismas y en relación inversa con su riqueza en lípidos.

En el líquido cefalorraquídeo alcanza una concentración similar a la registrada en la sangre.

En una hora la cantidad de alcohol metabolizado oscila entre 100 y 200

miligramos por miligramo de peso corporal. Su concentración en la sangre desciende a razón de 15 a 20 miligramos por ciento y por hora.

La concentración alcohólica en la sangre indica la marcha del proceso, e indirectamente el estado clínico del sujeto.

El proceso metabólico final para su oxidación se cumple en el hígado generando sustancias tóxicas para la salud del individuo.

2.9 DIVERSIDAD DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOL

Partiendo de los resultados investigativos sobre la etiología y consecuencias del alcoholismo, se presentará una enumeración de las principales manifestaciones clínicas a las que induce el alcoholismo.

2.9.1 El alcoholismo en Gastroenterología

2.9.1.1 Pancreatitis Crónica

Llamada también Pancreatitis alcohólica caracterizada por fuertes dolores abdominales, trastornos metabólicos: Diabetes, Esteatorrea, pérdida de peso, etc.

2.9.1.2 Gastritis Aguda

Donde el paciente tiene una mucosa rojiza, edematosa, turgente, etc., produce hemorragias muy severas con muerte por anemia.

2.9.1.3 Lesiones en el Esófago

Producidas por movimientos bruscos de la presión endoesofágica por náuseas y vómitos.

2.9.1.4 Úlcera Gastroduodenal

Ulceración benigna, aguda o crónica en el bulbo duodenal, debida a alteraciones en la secreción ácido péptica. Más frecuente en hombres. Se manifiesta por una sensación de ardor en el epigastrio (boca del estómago), náuseas, vómitos.

2.9.1.5 Cirrosis

Lesión hepática permanente y progresiva. Su evolución puede detenerse si se elimina la causa.

2.9.1.6 Hepatitis alcohólica o insuficiencia hepática aguda

Puede adoptar varias formas:

Pseudohepatítica

Pseudocolecistítica

Hiperlipémica

Colostática

Pseudosepticemia

Pseudotumoral

2.9.1.7 Ictericia

Trastorno caracterizado por la aparición de un color amarillento en la piel y en la parte blanca de los ojos. Es un síntoma no una enfermedad determinada.

2.9.1.8 Ascitis

Acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal.

2.9.1.9 Coma Hepático

Estado de inconsciencia profundo y a veces prolongado, requiere hospitali-

zación.

2.9.2 Manifestaciones neurológicas periféricas del alcoholismo

Polineuritis: inflamación o daño de los nervios. Los síntomas pueden ser leves, con hormigueo y alteraciones de la sensibilidad en el área afectada, o más intensos, originando problemas respiratorios.

Esta es la manifestación neurológica más frecuente de la intoxicación alcohólica.

La Polineuritis alcohólica tiene las siguientes formas clínicas:

- Forma sensitiva pura
- Forma motora
- Forma sensitiva motora
- Forma trópica
- Forma sendotabética

2.9.3 Manifestaciones centrales del alcoholismo crónico

2.9.3.1 Ebriedad aguda

Estado de agitación, de agresividad, de estupor o de coma.

2.9.3.2 Temblor

Suele acompañarse de sobresaltos, con expresión de miedo, ante bruscas modificaciones a su alrededor. La cara es congestiva, las conjuntivas inyectadas, tienen taquicardia, anorexia, náuseas o vómitos, insomnio, calambres.

2.9.3.3 Epilepsia alcohólica

Denominada convulsiones de los alcoholistas. Se inicia en períodos de abstinencia.

2.9.3.4 Transtornos sensoperceptivos

Alucinaciones visuales, auditivas se instalan en períodos de abstinencia .
Son transitorios.

2.9.3.5 Delirium Tremens

Alucinaciones, confusión mental, temblor, fiebre, profusa sudoración, convulsiones y finalmente hiperactividad desordenada psicomotora y vegetativa.

2.9.3.6 Encefalopatía de Wernicke

Se caracteriza por comportamiento errático, crecientes problemas de memo-

ria e inestabilidad emocional.

2.9.3.7 Atrofia cerebelosa

Afecta la memoria y el equilibrio, sus síntomas son progresivos de meses o años, por lo general se hacen presentes después de una neumonía o delirium tremens.

2.9.3.8 Mielopatía

Inflamación de la mielina. Se presentan desórdenes en el músculo cardíaco y esquelético.

2.9.3.9 Mielinólisis pontina cerebral

La inflamación de la mielina que recubre los axones de la región pónica cerebral. Puede presentar destrucción en las fibras medulares.

2.9.3.10 Enfermedad de Marchiafava-Bignami

Degeneración primaria del cuerpo calloso. Sintomatología: desórdenes físicos y emocionales: delirio, deterioro intelectual, crisis convulsivas, grados variables de rigidez, trastornos del lenguaje, trastornos de los reflejos.

2.9.3.11 Atrofias cerebrales

El debilitamiento de las funciones cerebrales en general, tanto sensoras como motoras y más concretamente las funciones cerebrales superiores (pensamiento, memoria, etc.).

2.9.3.12 Ambliopía

Disminución de la agudeza visual. Algunas de estas entidades clínicas se manifiestan cuando se suspende la ingestión de alcohol porque la desaparición o disminución brusca de la circulación de un tóxico, droga, hormona u otros agentes a los cuales el organismo se ha habituado, provoca síntomas y signos llamados de abstinencia.

Algunas de estas enfermedades las sufren personas no alcohólicas por lo tanto es importante médicamente esclarecer las causas que la originan para poder actuar con éxito en la recuperación del paciente.

2.9.4 Manifestaciones sociopatológicas del alcoholismo

Se presentan a varios niveles:

2.9.4.1 A nivel del alcohólico

"El alcohol uniformiza las expresiones comportamentales del bebedor: el autoengaño, la depresión, la inmadurez personal"¹¹.

El autoengaño: aunque el sujeto tenga una cierta alarma si bebe demasiado el hecho de la "tolerancia social" le hace muy difícil identificarse y reconocer el propio conflicto alcohólico. Todo ello le conducirá, si sospecha su problema, a negarlo ferozmente para protegerse de ser estigmatizado o autoestigmatizarse de vicioso. Este mecanismo social se extiende a toda su vida, de tal manera que no es capaz de relacionar el hecho de beber con su patología médica o sus desajustes (familiares laborales o sociales). El autoengaño tiene que ser desenmascarado para que el enfermo llegue a hacer frente a su problemática.

La inmadurez que se presenta en todo alcohólico, hace que cuando se decide a pedir ayuda y comprensión para sus problemas, no es capaz de corresponder, emocionalmente, al apoyo que se le ofrece (ello explica su conflictividad en la familia y en la pareja). Muchas veces, la inmadurez de expresión afectiva se transforma en una aparente indiferencia.

(11) BALLUS.C. Psicobiología. Barcelona, Editorial Herder, 1983, p: 718.

La depresión no es sólo la aceptación pasiva y triste de su adicción, sino que expresa la desesperanza frente a los repetidos intentos de reducir las dosis ingeridas o de llegar a una abstinencia temporal. Las discusiones en el hogar, los conflictos laborales, los errores profesionales, etc., que el alcohólico no relaciona con el alcohol, aumentan su fracaso e impotencia y favorecen como se ha constatado, las reacciones depresivas y el suicidio.

2.9.4.2 A nivel familiar

Desajuste familiar: El alcoholismo es motivo de la alteración de la dinámica familiar, sus miembros se ven afectados, ya individualmente, ya en sus relaciones interpersonales intra o extrafamiliares, separaciones conyugales, disgregación familiar, los hijos abandonan el hogar prontamente, degradación familiar (falta de respeto), los que viven bajo el mismo techo, lo hacen económica y socialmente, independientes, lo que representa un cambio de estrato y estatus, con pérdida en ocasiones del hábitat en el que se inició la problemática (cambio de barrio).

2.9.4.3 A nivel social

La reducción de la actividad laboral o su ausencia, la disgregación familiar, etc. conducen al alcohólico a una pérdida de estatus y estrato social. Posteriormente se presenta la degradación social total, donde deja toda re-

loción social anterior a la iniciación de su proceso psicosocial alcohólico; este estado precede o es el inicio de la marginación y/o marginalidad social.

Se presenta la conducta antisocial menor que, sin ser tipificada como delito, ocasiona un conflicto social (mendicidad, agresividad verbal inmotivada, no aceptación de las normas del grupo, etc.). La conducta antisocial mayor, tipificada como delito, haya o no intervenido la policía o el poder judicial (huertos, incestos, etc.).

2.9.4.4 A nivel laboral

Inicialmente se presenta el ausentismo esporádico; a medida que el problema alcohólico se agudiza, se presentan las bajas laborales, el bajo rendimiento, la mala calidad en el trabajo, la accidentalidad. La degradación laboral y la incapacidad laboral, constituyen un conflicto de consecuencias económico sociales de gran magnitud.

2.10 ALCOHOLISMO EN MEDELLIN

En la ciudad de Medellín el problema del alcoholismo es grave, así lo demuestran las estadísticas. En Policlínica Municipal, el número de pacientes atendidos diariamente por causa directa o indirecta del alcohol, está

comprendido entre un 80 y 90%. (información suministrada por su director). En el Tránsito Municipal informan que los accidentes de tránsito ocurridos por causa del alcohol, están comprendidos entre un 90 y 95%; en los días de ley seca, se han presentado accidentes e infracciones de tránsito en número considerable, por alcoholemia.

En cuanto a los consumidores de la ciudad se puede afirmar que no existen diferencias sociales, ni culturales en la ingesta alcohólica. La mujer que hasta hace algunos años se cuidaba de beber en público, hoy lo hace con la mayor naturalidad.

Dentro de la población estudiantil encontramos que este fenómeno no es ajeno a ellos.

El número de hogares deshechos por el abuso del alcohol, en Medellín, es bastante elevado.

Para el tratamiento del alcoholismo existen en Medellín: La Comunidad de Alcohólicos Anónimos (A.A.), de libre acceso, no se hacen distinciones de sexo, edad, estado civil, profesión, religión, raza, los aportes que hacen sus miembros son de carácter voluntario y para el sostenimiento de la misma; el pueblo puede beneficiarse de su terapia grupal. Existen además dos clínicas particulares, especializadas en farmacodependencia, el tratamiento en ellas es altamente costoso, por lo tanto no aptas para todo tipo

de pacientes. Con grandes limitaciones también prestan sus servicios el departamento de Toxicología del Hospital San Vicente de Paul y la sección de Farmacodependencia en el Hospital Mental.

Para ilustrar, el alto consumo de alcohol en Medellín, se presentan algunas cifras estadísticas (ver anuario Estadístico 1981 pp. 489-492): La producción de cerveza en el área metropolitana ascendió a un total de 362.223.548 unidades, se introdujeron de otros departamentos 13.014.696 botellas para un consumo local (año 1981) de 54.493.400 unidades. El consumo por licores en 1981 en la ciudad de Medellín fué:

Aguardiente = 8.787.971 unidades, por un valor de \$ 2.363.546.746

Ron = 966.702 unidades, por un valor de \$ 280.530.971

Crema, Ginebra y Vodka = 61.921 unidades por un valor de \$ 19.055.970,

2.11 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOLISMO

2.11.1 Prevención Primaria

Su objetivo es reducir la incidencia de nuevos problemas originados por el alcohol.

Para ello es necesario:

de pacientes. Con grandes limitaciones también prestan sus servicios el departamento de Toxicología del Hospital San Vicente de Paul y la sección de Farmacodependencia en el Hospital Mental.

Para ilustrar, el alto consumo de alcohol en Medellín, se presentan algunas cifras estadísticas (ver anuario Estadístico 1981 pp 489-492): La producción de cerveza en el área metropolitana ascendió a un total de 362.223.548 unidades, se introdujeron de otros departamentos 13.014.696 botellas para un consumo local (año 1981) de 54.493.400 unidades. El consumo por licores en 1981 en la ciudad de Medellín fué:

Aguardiente = 8.787.971 unidades, por un valor de \$ 2.363.546.746

Ron = 966.702 unidades, por un valor de \$ 280.530.971

Crema, Ginebra y Vodka = 61.921 unidades por un valor de \$ 19.055.970,

2.11 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOLISMO

2.11.1 Prevención Primaria

Su objetivo es reducir la incidencia de nuevos problemas originados por el alcohol.

Para ello es necesario:

- Identificar los factores responsables que inducen a problemas relacionados con el alcohol.
- Intervención rápida y oportuna para eliminar o reducir esos factores.

La prevención primaria debe hacerse teniendo en cuenta las características socio-culturales del lugar al cual se va a aplicar con el fin de que ésta tenga el mayor de los éxitos.

El objetivo debe estar claramente definido y puede abarcar desde la prevención absoluta de toda ingesta de alcohol hasta la prevención del consumo excesivo, de la embriaguez, de otras formas de comportamiento desordenado, de la dependencia del alcohol propiamente dicha o de las consecuencias del consumo.

El objetivo de abstinencia total como meta prevención en nuestro país es imposible de alcanzar debido a la tradición cultural alcohólica que existe, a la actitud de excesiva permisividad aún por parte del gobierno.

Alternativas viables que se pueden presentar:

- Reducción de las cantidades de alcohol que se consume, para llegar a ello se podría lograr mediante una disminución del contenido alcohólico de las bebidas, se cambiarán los hábitos del consumidor y se modificarán las circunstancias en que se espera y permite el consumo,

fijar límites a la producción y comercialización de las bebidas alcohólicas, introducción de procedimientos para reglamentar su costo y la imposición de restricciones en los lugares de adquisición y uso.

Cambio de los hábitos del consumo del alcohol proporcionando información sobre la forma en que el alcohol compromete la salud, la educación, las normas y valores de la sociedad, así como otras diversiones y actividades que pueden reemplazar las que incluyen consumo de alcohol y que susciten el deseo de mejorar unas condiciones sociales.

Mientras más amplio sea un enfoque preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas más grandes serán las probabilidades de éxito, dependiendo de las posibilidades existentes, de la aceptabilidad por el medio y de los recursos con que se pueda contar.

2.11.1.1 Regulación de la distribución, precios, adquisición y venta del alcohol

Sugiere la O.M.S. por intermedio del Comité de Expertos (1980) las siguientes políticas preventivas sobre el alcohol.

Limitación de la disponibilidad de alcohol:

Se efectúa mediante la restricción de los horarios en que este se puede vender, del número, el tipo y la ubicación de los establecimientos

a los que se permite expender bebidas alcohólicas.

Las horas de cerrar los establecimientos pueden tener efecto importante, en la forma en que se consume, aunque no siempre en el consumo total ni en la frecuencia del consumo excesivo.

Se ha demostrado que los problemas derivados del consumo del alcohol aumentan cuando pasan súbitamente de un acceso difícil y restringido a una situación de mayor facilidad. Hay pruebas de que los clientes de los autoservicios tienden a adquirir más alcohol y beberlo más frecuentemente, en mayores cantidades y en ocasiones de forma impulsiva.

- El manejo de los precios: mediante políticas fiscales que les impida descender en relación con el precio medio de otros artículos de consumo. Por otra parte la regulación del consumo mediante impuestos más elevados puede ser una política más aceptable que otras, ya que casi siempre el aumento de impuestos significa mayores ingresos para los gobiernos, incluso el consumo disminuye por la elevación de precios.

- La publicidad es de gran trascendencia en las actividades preventivas ya que por esta vía se pueden dar a conocer los efectos nocivos para la salud de quienes beben en cantidades considerables.

Teniendo en cuenta estas consideraciones los esfuerzos para reducir la

demanda de alcohol se deben encaminar en tres direcciones:

. Tratar de cambiar, o por lo menos, hacer que se comprenda la naturaleza del alcohol como droga que provoca dependencia, basándose en una amplia Información acerca del alcohol, de modo que la decisión de consumirlo se pueda tomar con un conocimiento completo y una ponderación equilibrada de las consecuencias de su consumo.

. Tratar de influir en las actitudes, los valores y las normas que determinan cuál es la forma apropiada de consumir el alcohol y adquirir modos de consumo compatibles con los valores más importantes relacionados con la promoción de una vida más saludable, de la responsabilidad de su propio comportamiento y de sus relaciones con los demás.

Tratar de modificar las circunstancias de la sociedad y la existencia que puedan generar la demanda de alcohol. Las situaciones de rigor y privación en la vida pueden instigar a que se recurra al alcohol, como lo hacen también los sentimientos personales de frustración y limitación de las oportunidades, el mejoramiento de estas circunstancias personales y sociales pueden reducir la demanda de alcohol.

2.11.1.2 Actividades de educación e información para reducir la demanda como medida preventiva

La Información y la Educación:

Son los medios más importantes de reducir la demanda y evitar así los problemas concomitantes. Los objetivos a corto plazo de este tipo de programa insisten en aumentar los conocimientos generales y posiblemente lograr un cambio en la opinión pública.

La educación general de salud es considerada como una estructura conveniente en la que se pueden desarrollar programas preventivos sobre los problemas derivados del consumo del alcohol.

La O.M.S., en su serie de informes técnicos (No. 432, de 1979), ha señalado como objetivos de la educación de la salud desarrollar en las personas: el sentido de la responsabilidad respecto a su propia salud y respecto a la salud de la colectividad y desarrollar actitudes para participar en la vida de la colectividad de manera útil y constructiva.

La información y la educación deben basarse en datos que se relacionen con los antecedentes socio-culturales y económicos de la población interesada, la disponibilidad de bebidas alcohólicas, los hábitos de consumo, los problemas del momento, las actitudes hacia la bebida, los problemas resul-

tantes y los posibles obstáculos para cambiar el comportamiento de los bebedores como son la presión social de los compañeros o la existencia de intereses gubernamentales contradictorios.

La información y la educación debe dirigirse a toda una comunidad pero seleccionando grupos; los contenidos del programa se deberán ajustar a objetivos específicos, empleando técnicas, medios y tipos de educación que mejor se adapten a la formación básica del grupo correspondiente.

Programas educativos dirigidos al público en general, se hacen con base en la publicidad, para tal efecto se contaría con la radio, la televisora, la prensa, etc.

Programas educativos dirigidos a los escolares fomentando actitudes positivas frente a la vida, a la conservación de la salud, mostrando diferentes medios de esparcimiento, inculcar la necesidad del deporte, enseñarles a emplear el tiempo libre.

Paralelamente se debe capacitar a los maestros para que faciliten información adecuada a sus alumnos, que les permita a estos buscar soluciones a sus problemas.

Programas educativos a los alumnos que cursan estudios profesionales enca-

minados a modificar la forma de beber del propio estudiante y a aumentar la capacidad de éste para contribuir a las actividades generales de prevención y tratamiento.

Programas educativos para personal de supervisión y dirección donde se incluirían datos de los peligros que trae la ingestión de bebidas alcohólicas, aún en dosis pequeñas, en ciertos tipos de trabajo, del ausentismo y/o disminución en el desempeño laboral, etc.

Es necesario e importante dar educación sobre el uso de bebidas alcohólicas para quienes conducen vehículos y en especial para los conductores de transporte colectivo.

2.11.2 Prevención secundaria o tratamiento

Es la intervención profesional cuando la persona ya ha adquirido la enfermedad del alcoholismo (o de otra dependencia).

2.12 LEGISLACION COLOMBIANA SOBRE ALCOHOLISMO

El Legislador colombiano en materia de alcoholismo ha dado las siguientes normas:

2.12.1 Aspectos legales

2.12.1.1 Código de Policía

En el capítulo de libertad de comercio y de industria dispone que los reglamentos de policía local están facultados para señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento de establecimientos donde se expendan bebidas alcohólicas (Art. 11. Decreto 1135 de 1970).

No se permitirá la entrada de menores de 18 años a los establecimientos donde vendan exclusivamente bebidas alcohólicas (Art. 112).

El Artículo 192 se refiere a que si un individuo ebrio se opone a que los acompañen a su domicilio, habrá de ser conducido al comandante de la estación de policía más cercana, quien lo retendrá allí hasta por 24 horas, o hasta cuando pasen los efectos de la ebriedad, con el fin de evitar que cause daño a sí mismo o que pueda ocasionárselo a cualquier persona o propiedad.

2.12.1.2 Estatuto de protección social

Dicho estatuto pretende tutelar a determinada categoría de personas como los mendigos, vagos, enfermos mentales, toxicómanos, alcoholizados que

sin haber cometido infracciones o actos delictivos ofrecen peligro para sí mismos o para la sociedad.

En el Artículo 4 del Decreto 1136 de 1970 ofrece el Estado hacerse cargo de las personas que por su intoxicación etílica crónica, perturben la tranquilidad de la sociedad, a estas personas se les someterá a tratamiento médico con hospitalización si es del caso.

Además es obligación del Estado mantener en hospitales, clínicas o frenocomios, pabellones especiales para el tratamiento de personas sujetas a medidas de protección (Art. 5).

2.12.1.3 Código Nacional de Tránsito Terrestre

El Decreto 1344 de 1970 en su Artículo 224 dice; Quien conduzca en estado de embriaguez estará sujeto a multa de quinientos a dos mil pesos y a suspensión de la licencia de conducción hasta por un año. En caso de reincidencia dentro del año posterior, se aumentará la sanción de la mitad una cuarta parte y se cancelará la licencia de conducción.

2.12.1.4 Estatuto Nacional de Estupefacientes

El expendio de bebidas alcohólicas sólo podrá efectuarse con personas ma-

yores de 18 años, los menores de edad no podrán trabajar ni permanecer en dichos lugares.

En el Artículo 20 establece: la radio, la televisión y los cinematógrafos, solo podrán transmitir propaganda de bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabacos en los horarios y con la intensidad que determine el Ministerio de Salud Pública, de común acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones, el cual tendrá la vigilancia del cumplimiento de esta disposición.

Los Ministerios de Salud Pública y Educación Nacional elaborarán material para uso de campañas educativas (Artículo 21).

Sobre el consumo de bebidas alcohólicas el Decreto Ley 1188 de 1974 dice: "toda bebida alcohólica, nacional o extranjera destinada para el consumo interno del país debe contener en sitio visible de su etiqueta la leyenda; "el alcohol es sustancia perjudicial para la salud", debe contener además la indicación de su grado de contenido alcohólico y su composición química, conforme lo determine el Ministerio de Salud"¹².

(12) REYES E., Alfonso. Criminología. Bogotá, Editorial Artes Gráficas. 3a. edición, 1976. p: 312.

2.12.1 .5 Código Penal

La ebriedad tiene importancia en los ámbitos de la imputabilidad y de la culpabilidad.

El nuevo Código Penal, que entró en vigencia en Enero de 1981 expresa que no se considera la ebriedad como circunstancia genérica que influya expresamente en la dosificación punitiva, ni para agravarla, ni para atenuarla, lo que no habrá de impedir al Juez en consideración como criterio de dosificación de la pena en la medida en que el caso concreto considere que la ebriedad del procesado alguna influencia ejerció sobre el grado de su culpabilidad o sobre las modalidades del hecho.

2.12.2 Aspectos Criminológicos

La embriaguez está relacionada con la criminalidad de manera directa o indirecta; los principales delitos cometidos en estado de ebriedad son las lesiones personales, el homicidio, el incesto, los abusos deshonestos, la violación c6mal, la delincuencia juvenil etc.

En las estadísticas de la policía nacional, durante 1978 se presentaron en el país 62.094 delitos de sangre de los cuales 14.978 fueron lesiones y homicidios realizados en cantinas y establecimientos similares; delitos contra la vida y la integridad personal estimulados por la ebriedad fue de un 32%

y la incidencia de la ebriedad en los delitos de homicidio y lesiones cometidas en la conducción de vehículos automotores, alcanzó un 30%.

Se ha presentado una síntesis sobre lo que aporta la legislación colombiana sobre el abuso de las bebidas alcohólicas, que es por demás pobre e insuficiente; las normas escritas se quedan, puesto que la mayoría de ellas no se cumplen.

En el país hay permisividad, tolerancia, producción, estimulación hacia el consumo, tratamiento y rehabilitación. Pero programas preventivos realizados en forma ordenada, coherente y sistemática no existen.

3. DISEÑO METODOLOGICO

La naturaleza de la investigación determinó el carácter del diseño: Descriptivo Explicativo.

3.1 POBLACION

La población tomada para la realización de esta investigación estuvo constituida por algunos de los profesionales que intervienen más directamente con la educación, ellos fueron: Licenciados en Educación, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos y Jueces que laboran en la ciudad de Medellín.

El hecho de que no se tuviera en cuenta otros profesionales de las Ciencias Humanas como los Sociólogos, Filósofos, Enfermeras, etc. no significa que sean indiferentes al problema, su ausencia se debe a los altos costos que implicaría una población demasiado extensa.

3.2 MUESTRA

El tipo de muestreo utilizado fue el llamado intencional. Se justifica por las siguientes razones:

- Dificultad de obtener el listado del número exacto de profesionales en algunas áreas.
- Se escogieron las instituciones más representativas de Medellín.
- Necesidad de obtener representación de todas las especialidades de cada una de las profesiones.
- Muchos de los profesionales trabajan en dos o más instituciones simultáneamente.
- Los respondientes seleccionados son representativos (en cuanto a número) en sus respectivas profesiones.

De acuerdo a la población antes mencionada se tomaron las siguientes muestras:

De un total de 225 jueces que laboran en la ciudad de Medellín, se tomó un 18% de ellos, lo que significa un total de 40 jueces, distribuidos en diferentes áreas del derecho como: Jueces Penales, de Instrucción Criminal, Civiles, Laborales, Superiores y Departamentales de Policía y Renta.

De 145 Trabajadores Sociales que laboran en bancos, empresas privadas, educación, institutos de salud y en el Comando Nacional de Policía, se tomó un 15%, para un total de 30 trabajadores sociales.

De 225 Psicólogos que trabajan en empresas, consultorios particulares, Comando Nacional de Policía y en educación se tomó un 14.20% para un total de 45 Psicólogos.

En el servicio Seccional de Salud y en la Asociación Médica Antioqueña (Amda) en el momento de recoger los datos sobre el número de Médicos que prestan sus servicios en la ciudad de Medellín, informan que ese dato exacto no lo poseen debido a que un médico puede trabajar para dos o tres instituciones a la vez y la Amda no cobija todos los médicos de Medellín, por lo tanto se determinó tomar una muestra de 100 médicos que prestan sus servicios en: los Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión, Centros de Salud, Médicos afiliados al Departamento, al Municipio, Hospital de San Vicente de Paul, clínicas: Soma, Medellín, El Rosario, Policlínica Municipal, Casa Mariana y consultorios privados. Respondieron el cuestionario y la escala Médicos Generales, Internistas, Psiquiatras, Neumólogos, Patólogos, Urólogos, Neurólogos, Pediatras, Ginecoostetas, Ortopedistas y Laboratoristas.

Para obtener las estadísticas, sobre el número de docentes licenciados en

Educación se recurrió al Dañe quien facilitó el número de colegios en la ciudad: 116 colegios privados o religiosos, 63 colegios oficiales (nacionales, departamentales y municipales) para un total de 179 colegios.

El número exacto de Licenciados en Educación que trabajan en los colegios de Medellín, no se tiene, puesto que un docente puede trabajar una jornada en un colegio oficial y la otra jornada, en colegio privado. La Secretaría de Educación informa que el número de egresados de las diferentes universidades de sus facultades de Educación y que están registrados en dicha secretaria asciende a 7.874 de los cuales unos trabajan en diferentes municipios del departamento, otros fuera de Antioquia y otros retirados o jubilados, por estas razones fijó una muestra de 200 licenciados en Educación.

Respondieron la encuesta y la escala, licenciados que trabajan en los siguientes establecimientos educativos.

- Colegios privados o religiosos; San José, San Ignacio, Colegio de Mario Inmaculada, Colegio de la Enseñanza, Liceo Superior de Medellín, Facultades de Educación de las Universidades Pontificia Bolivariana, San Buenaventura, Medellín y Autónoma.
- Colegios Oficiales: Javiera Londoño, Centro Educacional Femenino (Cefa), Liceo Antioqueño, Liceo Marco Fidel Suárez, Instituto Nacio-

nal de Educación Media Diversificada (Inem), Universidad de Antioquia (Facultad de Educación).

Se repartieron un total de 420 encuestas; dado un tiempo prudencial para la resolución del cuestionario y de la escala, luego se procedió a la recolección de dicho material. Se lograron obtener 372 encuestas (88.57% del total), su número por profesión y sexo es el siguiente:

Profesión	Número de Encuestas	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Médicos	100	90	10
Psicólogos	32	8	24
Licenciados en Educación	170	63	107
Trabajadores Sociales	30	3	27
Jueces	40	26	14
Gran total	372	190	182

Las 48 encuestas faltantes no fue posible obtenerlas ya que los profesionales dijeron no haber tenido tiempo de responderlas o que las habían perdido.

3.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

Determinar los conocimientos y las actitudes que, con respecto al alcoholismo, tienen algunos de los profesionales que trabajan en el campo de las Ciencias Sociales y Humanas, con miras a detectar si ellos consideran necesario la creación de un programa preventivo sobre el uso de las bebidas alcohólicas.

3.4 VARIABLES

3.4.1 Variables independientes

Conocimientos y opiniones sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

3.4.2 Variable Dependiente

Actitud positiva; comprensión, aceptación, tolerancia.

Actitud negativa: rechazo, odio, incomprensión o

3.4.3 Variables intervinientes

Profesionales en Ciencias Sociales y Humanas: Médicos, Psicólogos, Licenciados en Educación, Trabajadores Sociales y Jueces.

Sexo de los profesionales mencionados: hombres y mujeres.

3.5 HIPOTESIS

Hipótesis Nula:

La actitud, positiva o negativa de los profesionales en Ciencias Sociales y Humanas, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

Hipótesis Alternativa:

La actitud, positiva o negativa de los profesionales en Ciencias Sociales y Humanas, hombres y mujeres frente al alcohólico depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

3.6 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Los planteamientos que fundamentan y determinan la presente investigación, se trasladaron a un cuestionario y a una escala (tipo Likert) a través de la cual se obtuvo la información pertinente. (Ver Anexos 1 y 2).

El cuestionario fue sometido a un proceso de confrontación por parte de 4

jueces idóneos en investigación para que sus ítems fueran válidos y de buena confiabilidad.

Se practicó inicialmente una prueba piloto para la escala de actitudes, lo que contribuyó al refinamiento y presentación definitiva del instrumento.

El instrumento consta de 4 partes;

Primera parte del instrumento; Cuestionario de conocimientos.

Contiene una serie de 30 ítems para determinar el grado de conocimientos que frente al problema del alcoholismo y sus consecuencias tienen los profesionales. La cuantificación en cuanto al número de respuestas acertadas se determinó así:

Número de Respuestas correctas	Conocimientos sobre el alcoholismo y sus consecuencias
De 1 a 15	Conocimientos no aceptables
De 15 a 30	Conocimientos aceptables

Segunda parte del instrumento; Ítems de opiniones.

En esta sección del instrumento se hicieron 9 ítems de opinión sobre accidentalidad, ausentismo laboral, influencia de la propaganda, la mujer co-

no consumidora, la prevención y el trato para con el alcohólico.

Estos ítems se elaboraron con el fin de conocer en forma más amplia la opinión que sobre el tema tienen los encuestados.

& la parte final del capítulo correspondiente al análisis de resultados se presentarán conclusiones sobre estos ítems.

Las preguntas de la número 1 a la 39 están enunciadas en forma de múltiple selección, cada ítem, con 4 alternativas.

la pregunta número 40 es abierta (ver apéndice N? 2).

Tercera parte del instrumento; Datos personales.

& esta parte del instrumento están los datos personales del encuestado; título profesional, ocupación actual, sexo. (Ver apéndice N? 2).

Quarta parte del instrumento: Escala de actitudes:

Para cualificar las actitudes que frente al alcoholismo tienen los profesionales a quienes fue dirigida la investigación, se hizo una adaptación de "Attitude toward disabled people (A.T.D.P.) Scale, of Yuker, Block, and

Campbell" Para lo cual se tomaron 30 ítems, adaptados a los alcohólicos en lugar de los "impedidos" como lo presenta el original.

La escala original consta de 60 ítems distribuidos en dos formas: A y B.

Con 30 ítems tomados tanto de la forma A como de la B se elaboró la prueba piloto, con el fin de examinar las preguntas y las respuestas para remediar omisiones, identificar ambigüedades que puedan llevar a confusiones y para comprobar si la aplicación en nuestro medio tenía confiabilidad y validez.

La prueba piloto (ver apéndice No. 1) se aplicó a una población de 70 profesionales, distribuidos así:

Médicos	11
Psicólogos	8
Licenciados en Educación	32
Trabajadores Sociales	9
Abogados	10
Total :	70

- (13) SHAW, Marvin E. and Wright, Jack M. Scales for the Measurement of Attitudes. Editorial Me Graw-Hill, 1965. pp;480, 481, 482, 483«,

De los resultados obtenidos en la prueba piloto se concluyó que la adaptación hacia los alcohólicos de la escala "Attitude toward disabled people (A T D P) Scale" posee los atributos de confiabilidad y validez que son requeridos para su aplicación, en la ciudad de Medellín, entre profesionales.

Con el objeto de mejorar la escala, se eliminaron algunos ítems: 22 y 27 y se cambió la redacción de los ítems 3, 4 y 5 (Ver apéndice No. 2).

La cualificación de la escala se hizo de la siguiente forma:

Actitud positiva frente al alcohólico la poseen los profesionales que obtuvieron un puntaje de 86 hacia arriba.

Actitud negativa frente al alcohólico la tienen los profesionales que obtuvieron un puntaje de 85 hacia abajo.

De los resultados obtenidos en la prueba piloto se concluyó que la adaptación hacia los alcohólicos de la escala "Attitude toward disabled people (A T D P) Scale" posee los atributos de confiabilidad y validez que son requeridos para su aplicación, en la ciudad de Medellín, entre profesionales.

Con el objeto de mejorar la escala, se eliminaron algunos ítems: 22 y 27 y se cambió la redacción de los ítems 3, 4 y 5 (Ver apéndice No. 2).

La cualificación de la escala se hizo de la siguiente forma:

Actitud positiva frente al alcohólico la poseen los profesionales que obtuvieron un puntaje de 86 hacia arriba.

Actitud negativa frente al alcohólico la tienen los profesionales que obtuvieron un puntaje de 85 hacia abajo.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se hicieron análisis de varianza de puntajes, tanto para conocimiento como para la actitud de cada una de las profesiones, con los resultados obtenidos, de la aplicación de instrumentos se elaboraron las correspondientes TABLAS ANOVAS y sus conclusiones son:

4.1 CONCLUSIONES PARCIALES

4.1 .1 Conocimientos controlando actitud y sexo en los médicos

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo en los médicos, controlando actitud y sexo:

TABLA ANOVA 1

Fuente de Variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad g l	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusión
Actitud A	-7293,11	2- 1= 1	-7293,11	$\frac{-7293,11}{3816,85} = -1,91$	No ha diferencia significativa.
Sexo B	-5045,66	2- 1= 1	-5045,66	$\frac{-5045,66}{3816,85} = -1,32$	No hay diferencia significativa
Interacción entre actitud y sexo I	-1901,83	(2-1) (2-1)= 1	-1901,83	$\frac{-1901,83}{3816,85} = -0,50$	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre el sexo y la actitud.
Error de Muestreo E	15267,42	(2) (2) (2-1)= 4	$15267,42/4 = 3816,85$		

Se trabaja al alfa 0.05

$$gl (1,4) = 7.71$$

$$gl (1/4) = 7.71$$

$$gl (1,4) = 7.71$$

Al usar el nivel de significancia del 5%, la relación F requerida para el rechazo de la primera H_0 ($gl = 1,4$) es 7.71; para la segunda F requerida es ($gl = 1,4$) es 7.71 y para la tercera F requerida ($gl = 1,4$) es 7.71.

Conclusiones

- No hay diferencia significativa de conocimientos sobre el alcoholismo debido a la actitud que frente al alcohólico tienen los médicos.
- La interacción entre sexo y actitud no afecta los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los médicos.
- Se acepta la hipótesis nula (ya que $F <_{gl} (1,4) = 7.71$): La actitud positiva o negativa de los médicos, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitudes y sexo.

4.1.2 Actitud frente al alcohólico, en los médicos controlando sexo y conocimiento

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico, en los médicos, controlando sexo y conocimientos.

TABLA ANOVA 2

Fuente de variación	Suma de cuadrados S.C.	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusión
Conocimientos A	-225451,9	2- 1=1	-225451,9	$\frac{-225451,9}{114000,49} = -1,98$	No hay diferencia significativa
Sexo B	-131235,85	2- 1= 1	-131235,85	$\frac{-131235,85}{114000,49} = -1,15$	No hay diferencia significativa.
Interacción entre conocimiento y sexo I	-86225,94	(2-1) (2.1)=1	-86225,94	$\frac{-86225,94}{114000,49} = -0,76$	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre sexo y conocimiento.
Error de Muestreo	456001,97	2 (2) (2-1)= 4	11400,49		

Se trabaja al alfa 0,05

$$gl(1,4) = 7.71$$

$$gl(1,4) = 7.71$$

$$gl(1,4) = 7.71$$

Al usar el nivel de significancia del 5%, la relación F requerida para el rechazo de la primera H_0 ($gl = 1,4$) es 7.71; para la segunda F requerida es ($gl = 1,4$) es 7.71 y para la tercera F requerida ($gl = 1,4$) es 7.71.

Conclusiones:

- No existe diferencia significativa de actitudes frente al alcohólico debida al sexo.
- La interacción entre conocimientos y sexo no afecta la actitud hacia el alcohólico.
- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los médicos.
- Se acepta la hipótesis nula (ya que $F < gl (1/4) = 7.71$) la actitud positiva o negativa de los médicos, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.
- Existe completa independencia entre los factores: actitud, conocimientos y sexo.

4.1.3 Conocimientos controlando actitud y sexo en los Psicólogos.

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo en los Psicólogos, controlando actitud y sexo:

TABLA ANOVA 3

Fuente de variación	Suma de Cuadrados S.C.	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusión
Actitud A	-3843,25	2- 1= 1	-3843,25	$\frac{-3843,25}{1978,67} = -1,94$	No hay diferencia significativa
Sexo B	1660,08	2- 1= 1	-1660,08	$\frac{1660,08}{1978,67} = -0,84$	No hay diferencia significativa
Interacción entre actitud y sexo I	-5249,52	(2-1) (2-1)= 1	-5249,52	$\frac{-5249,52}{1978,67} = -2,65$	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre sexo y actitud.
Error de Muestreo	7914,69	(2) (2) (2-1)= 4	1978,67		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%

Conclusiones

- No hay diferencia significativa de conocimientos sobre el alcoholismo, debido a la actitud que frente al alcohólico tienen los psicólogos.
- La interacción entre sexo y actitud no afecta los conocimientos que

sobre el alcoholismo tienen los psicólogos

Existe completa independencia entre los factores; conocimientos, actitud y sexo.

Se acepta la hipótesis nula (ya que $F < gl(1,4) = 7.71$) La actitud positiva o negativa de los psicólogos, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1.4 Actitud frente al alcohólico, en los Psicólogos controlando sexo y conocimientos.

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico, en los Psicólogos, controlando sexo y conocimientos.

TABLA ANOVA 4

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimientos A	-124410,20	2- 1= 1	-124410,20	$\frac{-124410,20}{53003,46} = -2,34$	No hay diferencia significativa
Sexo B	-112708	2- 1= 1	-112708	$\frac{-112708}{53003,46} = -0,02$	No hay diferencia significativa
Interacción entre conocimiento y sexo I	-4907,76	(2-1) (2-1)= 1	-4907,76	$\frac{-4907,76}{53003,46} = -0,09$	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre conocimiento y sexo.
Error de Muestreo	212013,84	(2) (2) (2-1)= 4	53003,46		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los psicólogos.
- No existe diferencia significativa de actitudes frente al alcohólico debida al sexo.

- Existe completa independencia entre los factores: conocimiento, actitud y sexo.

- Se acepta la hipótesis nula (ya que $F < gl (1/4) = 7.71$): La actitud positiva o negativa, de los Psicólogos, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1 .5 Conocimientos controlando actitud y sexo en los licenciados en Educación

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo en los licenciados en Educación, controlando actitud y sexo-

TABLA ANOVA 5.

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Actitud A	-8345,75	2- 1= 1	-8345,75	$\frac{-8345,75}{4547,43} = -1,83$	No hay diferencia significativa
Sexo B	-8365,50	2- 1= 1	-8365,50	$\frac{-8365,50}{4547,43} = -1,83$	No hay diferencia significativa
Interacción entre actitud y sexo I	208,39	2-1= 1	208,39	$\frac{208,39}{4547,43} = 0,04$	No hay interacción entre los factores No hay relación entre el sexo y la actitud
Error de Muestreo E	18189,75	(2) (2) (2-1) 4	4547,43		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%

Conclusiones:

- No existe diferencia significativa de actitudes frente al alcohólico debida al sexo.
- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Licenciados en Educación.
- La interacción entre sexo y actitud no afecta los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Licenciados en Educación.
- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, sexo y actitud.
- Se acepta la hipótesis nula: La actitud positiva o negativa de los Licenciados en Educación, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1 .6 Actitud frente al alcohólico, en los Licenciados en Educación
controlando sexo y conocimientos

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico, en los Licenciados en Educación, controlando sexo y conocimientos

TABLA A NOVA 6

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimientos A	-599774,51	2-1= 1	-599774,51	$\frac{-599774,51}{149151,63} = -4,02$	No hay diferencia significativa
Sexo B	-599790,11	2-1= 1	-599790,11	$\frac{-599790,11}{149181,63} = -4,02$	No hay diferencia significativa
Interacción entre conocimiento y sexo I	7534,89	(2-1) (2-1)= 1	7534,89	$\frac{7534,89}{149181,63} = +0,05$	No hay interacción entre factores. No hay relación entre conocimiento y sexo.
Error de Muestreo E	596726,5	(2) (2) (2-1)= 4	149181,63		

Se trabaja al alfa 0,05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Licenciados en Educación.
- No existe diferencia significativa de actitudes frente al alcohólico debida al sexo.
- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, sexo y actitud.
- Se acepta la hipótesis nula: La actitud positiva o negativa de los Licenciados en Educación, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias

4.1 .7 Conocimientos controlando actitud y sexo en los Trabajadores Sociales

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo en los Trabajadores Sociales, controlando actitud y sexo:

TABLA ANOVA 7.

Fuente de variación	Suma de cuadrados S.E.	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Actitud A	-3312,60	2-1= 1	-3312,60	$\frac{-3312,60}{1726,95}$ -1,91	No hay diferencia significativa
Sexo B	- 214,68	2-1= 1	-214,68	$\frac{- 214,68}{1726,95}$ -0,13	No hay diferencia significativa
Interacción entre actitud y sexo I	-2865,05	(2-1) (2-1)=1	-2865,05	$\frac{-2865,05}{1726,95}$ - 1,66	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre actitud y sexo.
Error de Muestreo E	6907,80	(2) (2) (2-1)= 4	1726,95		

Se trabaja al alfa 0,05

Grados de libertad= 7.71

Nivel de significancia del 5%

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud frente al alcohólico debida al sexo.
- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida

a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Trabajadores Sociales.

- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitud y sexo.

- Se acepta la hipótesis nula; La actitud positiva o negativa, de los Trabajadores Sociales, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1 .8 Actitud frente al alcohólico, en los Trabajadores Sociales controlando sexo y conocimientos.

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico, en los Trabajadores Sociales, controlando conocimientos y sexo.

TABLA ANOVA 8.

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimientos A	-116239,20	2-1= 1	-116239,20	$\frac{-116239,20}{48647,01}$ -2,38	No hay diferencia significativa
Sexo B	-54730,72	2-1= 1	-54730,72	$\frac{-54730,72}{48647,01}$ -1,12	No hay diferencia significativa
Interacción entre conocimiento y sexo	-54816,18	(2-1) (2-1)= 1	-54816,18	$\frac{-54816,18}{48647,01}$ -1,12	No hay interacción entre factores. No hay relación entre conocimiento y sexo.
Error de Muestreo E	194588,07	(2) (2) (2-1)= 4	-48647,01		

Se trabaja al alfa 0,05

Grados de libertad= 7.71

Nivel de significancia del 5%

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcoholico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Trabajadores Sociales.

- No existe diferencia significativa de actitudes frente al alcohólico de-
bida al sexo.
- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, acti-
tud y sexo.
- Se acepta la hipótesis nula; La actitud positiva o negativa, de los
Trabajadores Sociales, hombres y mujeres frente al alcohólico no de-
pende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el
alcoholismo y sus consecuencias.

4.1.9 Conocimientos controlando actitud y sexo en los Jueces

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo en los Jue-
ces, controlando actitud y sexo:

TABLA ANOVA 9

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grado de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Actitud A	-3360,33	2-1= 1	-3360,33	$\frac{-3360,33}{2094,30}$ -1,60	No hay diferencia significativa.
Sexo B.	-3202,94	2-1= 1	-3202,94	$\frac{-3202,94}{2094,30}$ -1,53	No hay diferencia significativa
Interacción entre acti- tud y sexo I	-950,33	(2-1)(2-1)=1	-950,33	$\frac{-950,33}{2094,30}$ -0,45	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre actitud y sexo.
Error de Muestreo E	8377,22	(2)(2)(2-1)= 4	2094,30		

Se trabaja al alfa 0.05

Grado de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de, actitud frente al alcohólico debida al sexo.
- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los jueces.

- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitudes y sexo.

- Se acepta la hipótesis nula: La actitud positiva o negativa, de los Jueces, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1 .10 Actitud frente al alcohólico, en los Jueces controlando sexo y conocimientos

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico en los Jueces, controlando conocimientos y sexo.

TABLA ANOVA 10

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimiento A	-143559,07	2-1= 1	-143559,07	$\frac{-143559,07}{102715,93} = -1,39$	No hay diferencia significativa
Sexo B	-74673,91	2-1= 1	-74673,91	$\frac{-74673,91}{102715,93} = -0,72$	No hay diferencia significativa
Interacción entre conocimientos y sexo	-190672,77	(2-1)(2-1)= 1	-190672,77	$\frac{-190672,77}{102715,93} = -1,85$	No hay interacción entre los factores. No hay relación entre conocimientos y sexo
Error de Muestreo E	410863,73	(2)(2)(2-1)= 4	102715,93		

Se trabaja al alfa 0.05

Grado de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los Jueces.
- No existe diferencia significativa de actitud frente al alcohólico debida al sexo.
- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitud y sexo.
- Se acepta la hipótesis nula: La actitud positiva o negativa, de los Jueces, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1,11 Conocimientos controlando actitud y sexo en todos los
 profesionales

Para análisis de resultados de conocimientos sobre el alcoholismo, en todos los profesionales, controlando actitud y sexo.

TABLA ANOVA 11

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Actitud A	-1550956,5	2-1= 1	-1550956,5	$\frac{-1550956,5}{598837,13}$ - 2.59	No hay diferencia significativa
Sexo B	-1571762,5	2-1= 1	-1571762,5	$\frac{-1571762,5}{598837,13}$ - 2.63	No hay diferencia significativa
Interacción entre actitud y sexo I	777639,5	(2-1)(2-1)=1	777639,5	$\frac{777639,5}{598837,13}$ - 1.30	No ya interacción entre los factores No hay relación entre la actitud y el sexo.
Error de Muestreo E	2395348,5	(2)(2)(2-1)= 4	598837,13		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad= 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud frente al alcohólico debida al sexo.
- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los profesionales.

Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitud y sexo.

Se acepta la hipótesis nula; La actitud positiva o negativa, de los profesionales, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.1.12 Actitud frente al alcohólico, en todos los profesionales controlando sexo y conocimientos

Para análisis de resultados de actitud frente al alcohólico, en todos los profesionales, controlando conocimientos y sexo.

TABLA ANOVA 12.

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimien- tos A	53892326,55	2-1=1	53892326,55	$\frac{53892326,55}{26999890,25} = 1,99$	No hay diferen- cia significativa
Sexo B	53522033,55	2-1= 1	53522033,55	$\frac{53522033,55}{26999890,25} = 1,98$	No hay diferen- cia significativa
Interacción entre conoci- miento y sexo I	1715002,2	(2-1)(2-1)=1	1715002,2	$\frac{1715002,2}{26999890,25} = 0,06$	No hay interac- ción entre los factores No hay relación entre conocimien- to y sexo.
Error de Muestreo E	107999561	2(2) (2-1)= 4	-26999890,25		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los profesionales.
- No existe diferencia significativa de actitud frente al alcohólico debida al sexo.

TABLA ANOVA 12.

Fuente de variación	Suma de cuadrados S C	Grados de libertad gl	Media cuadrática M C	Relación F	Conclusiones
Conocimien- tos A	53892326,55	2-1=1	53892326,55	$\frac{53892326,55}{26999890,25} = 1,99$	No hay diferen- cia significativa
Sexo B	53522033,55	2-1= 1	53522033,55	$\frac{53522033,55}{26999890,25} = 1,98$	No hay diferen- cia significativa
Interacción entre conoci- miento y sexo I	1715002,2	(2-1)(2-1)=1	1715002,2	$\frac{1715002,2}{26999890,25} = 0,06$	No hay interac- ción entre los factores No hay relación entre conocimien- to y sexo.
Error de Muestreo E	107999561	2(2) (2-1)= 4	-26999890,25		

Se trabaja al alfa 0.05

Grados de libertad = 7.71

Nivel de significancia del 5%.

Conclusiones:

- No hay diferencia significativa de actitud hacia el alcohólico debida a los conocimientos que sobre el alcoholismo tienen los profesionales.
- No existe diferencia significativa de actitud frente al alcohólico debida al sexo.

- Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitud y sexo.

- Se acepta la hipótesis nula: La actitud positiva o negativa, de los profesionales, hombres y mujeres frente al alcohólico no depende de los conocimientos y opiniones que tengan los mismos sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

4.2 RESUMEN

4.2.1 Análisis del cuadro resumen de puntajes de conocimientos y actitudes por sexo y profesión con su respectivo porcentaje.

Sexo	Profesión	Médicos	Psicólogos	Licenciados en Educación	Trabajadores Sociales	Jueces	Total	%	
H	Nº 190	Nº 90 %	Nº 8 %	Nº 63 %	Nº 3 %	Nº 26 %	Suma	%	
	Conoci- mientos	Aceptable	64 = 71,1%	2= 25%	29 = 46,1%	1 = 33,3	9 = 34,6	105	55,26
		No Aceptable	26= 28.9%	6 = 75%	34= 53,9%	2= 66,7%	17= 65,4	85	44,8
	Actitud	Positiva	58= 64,5%	7= 87,5%	30= 47,7%	2= 66,7	11= 42,3	108	56,8
		Negativa	32= 35,5%	1= 12,5%	33= 52,3%	1= 33,3	15= 57,7	82	43,2
		Nº 182	Nº 10 %	Nº 24 %	Nº 107 %	Nº 27 %	Nº 14 %	Suma	%
M	Conoci- mientos	Aceptable	5= 50%	11= 45,9%	39= 36,4%	13= 48,1	4= 28.7	72	39,5
		No Aceptable	5= 50%	13= 54,1%	68= 63,6	14= 51,9	10= 71,3	110	60,5
		Actitud	Positiva	7= 70%	17= 70,8%	61= 57,0	15= 55,5	6= 42,8	106
	Negativa		3= 30%	7= 29,2%	46= 43,0	12= 44,5	8= 57,2	76	41,8

Entre los médicos hombres se encontró un porcentaje más alto de conocimientos aceptables frente al alcoholismo y sus consecuencias, que en las mujeres: 71.1% vs. 50%. En cambio en las actitudes no se encontró mayor diferencia en ambos sexos, la actitud positiva frente al alcohólico tanto en hombres como en mujeres supera el 60%.

Los médicos dieron el mayor índice de conocimientos aceptables que las otras profesiones.

En los Psicólogos se encontró que los hombres tienen un porcentaje de conocimientos no aceptables del 25% y en las mujeres el porcentaje es de 54.1%.

Los Psicólogos tenían el porcentaje más bajo de conocimientos aceptables que todas las demás profesiones, pero tuvieron el mayor índice de actitud positiva 87.5% hacia el alcohólico comparado con las demás profesiones.

Los Licenciados en Educación hombres tenían mayor correlación entre conocimientos aceptables y actitud positiva. Las mujeres tenían conocimientos bajos pero porcentaje más alto en actitud positiva.

Los Trabajadores Sociales hombres son muy pocos en cantidad comparativamente con las mujeres;

Los hombres tenían menos conocimientos aceptables que las mujeres pero esa actitud era positiva en porcentaje más alto.

Los jueces tenían los porcentajes más bajos en cuanto a conocimientos aceptables sobre el alcoholismo y su actitud era negativa en porcentajes más altos que las demás profesiones.

4.2.2 Conclusión

Los conocimientos que sobre el alcoholismo y sus consecuencias tienen los profesionales, es muy bajo en general, las mujeres tienen menor información que los hombres.

Es importante destacar que la actitud positiva frente al alcohólico fue más alta en los profesionales (que los conocimientos aceptables) exceptuando los jueces.

En una misma profesión no siempre se correlacionan buenos conocimientos con actitud positiva, ya que bajo porcentaje de conocimientos aparece al lado de una actitud positiva y viceversa; los profesionales con mayor disparidad fueron los Trabajadores Sociales y Psicólogos. Los de mayor correlación entre conocimientos y actitudes fueron los Médicos, Licenciados en Educación y Jueces. En estos últimos la actitud negativa tenía porcentajes similares a los bajos conocimientos.

De aquí se puede concluir que en la actitud hacia el alcohólico prima la dimensión afectiva, más que la cognitiva.

5. ANALISIS DE RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE OPINION

5.1 ALCOHOLISMO Y ACCIDENTALIDAD

El ítem N° 30 dice:

En su opinión, el porcentaje diario de casos atendidos por problemas de alcohol en la Policlínica Municipal de Medellín, está comprendido entre el:

- a- 20% al 40%
- b- 40% al 60%
- c- 60% al 80%
- d- 80% al 100%

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo de la siguiente forma:

Item # 30	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total N=372%
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	35	4	39	2	6	25	26	29	32,3	2	4	20	9	4	32,5	32,5
b	29	3	32	3	11	43	20	36	33,0	0	5	16,6	3	8	27,5	31,7
c	14	2	16	2	6	25	11	33	25,8	1	9	33,3	11	2	32,5	24,4
d	3	0	3	0	1	3,1	1	7	4,7	0	3	10	2	0	5,0	4,5
Sin respuesta	9	1	10	1	0	3,1	5	2	4,1	0	6	20	1	0	2,5	6,7

Análisis:

El 32,5% del total de los profesionales respondió la alternativa a, siendo los médicos quienes contestaron en más alto porcentaje esta alternativa (39%), el menor porcentaje a esta respuesta la obtuvieron los trabajadores sociales (20%).

La alternativa b:

Fue contestada por el 31,7% de los profesionales, siendo los médicos, psicólogos y licenciados en educación los que más alto puntaje dieron a esta alternativa.

La alternativa c:

Fue seleccionada por un 24,4% de los profesionales, los licenciados en educación, Trabajadores sociales y jueces fueron quienes dieron el más alto puntaje a esta respuesta.

La alternativa d:

Obtuvo bajo puntaje en sus respuestas 4.5% de los profesionales: 3 médicos, 1 psicólogo, 8 licenciados en educación, 3 trabajadores sociales y 2 jueces.

Hubo 25 casos sin respuesta para un 6.7% de los profesionales.

Conclusión:

El porcentaje diario de casos, atendidos por problemas derivados del alcohol, en la ciudad de Medellín, supera el 80% (dato suministrado en Policlínica Municipal y corroborado en el Tránsito). La mayor parte de los profesionales tenían la opinión de que el problema es menor que el real.

5.2 ALCOHOLISMO Y AUSENTISMO LABORAL

Item N° 31:

El ausentismo laboral que se presenta en Medellín se debe en alto porcentaje a los problemas derivados del alcohol en su opinión dicho porcentaje está comprendido entre el:

a- 20% al 40%

b- 40% al 60%

c- 60% al 80%

d- 80% al 100%

Las respuestas a este ítem están tabulados por profesión y sexo de la siguiente forma:

Item # 31	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total %
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	54	3	57,0	3	10	40,6	11	28	22,9	1	6	23,3	10	6	40,0	35,4
b	19	5	24,0	2	10	37,5	19	42	35,8	1	8	30,0	8	6	35,0	32,5
c	9	1	10,0	2	4	18,7	27	32	34,7	1	4	16,6	5	2	17,5	23,3
d	1	0	1,0	0	0	0	3	3	3,5	0	3	10,0	1	0	2,5	2,9
Sin respuesta	7	1	8,0	1	0	3,1	3	2	2,9	0	6	20,0	2	0	5,0	5,9

Análisis:

La alternativa a:

Fue marcada por un 35,4% de los profesionales, obteniendo un mayor puntaje los médicos (57%) y el menor los trabajadores sociales (23, 3%).

La alternativa b:

Fue seleccionada por un 32,5% de los profesionales, 61 licenciados en educación opinaron que el ausentismo laboral de un 40% al 60% está relacionado con problemas de alcohol.

La alternativa c:

Fue marcada por un 23,3% de los profesionales, en esta respuesta también se destacaron los licenciados en educación con 59 casos.

La alternativa d:

Fue contestada por un 2.9% siendo nuevamente los licenciados en educación en contestar esta alternativa en mayor número: 6

Hubo 5.9% de casos sin respuesta.

Conclusión:

No hay cifras bases para comparar acierto o no a esta pregunta. Pero de las respuestas de los profesionales se concluye que existe entre ellos la

opinión de que el ausentismo laboral relacionado con el alcoholismo está entre 20 y 80%.

Al respecto afirman los Médicos que el ausentismo laboral es mayor el día lunes como consecuencia de la ingesta alcohólica de los fines de semana.

5.3 LA MUJER Y EL ALCOHOL

Item No. 32:

Dentro de la población femenina de Medellín podemos decir, que la mujer,

- a- No bebe
- b- Bebe tanto como el hombre
- c- Bebe frecuentemente
- d- Bebe a escondidas

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo de la siguiente forma:

Item # 32	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40		Total Nº 372 %	
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	3	0	3,0	0	0	0	14	7	12,3	0	0	0	2	2	10,0	7,5
b	21	1	22,0	0	2	6,2	29	17	27,0	1	11	40,0	2	4	15,0	23,6
c	56	8	64,0	5	17	68,7	15	65	47,0	2	13	50,0	18	7	62,5	41,9
d	10	1	11,0	3	5	25,0	4	15	11,1	0	2	6,6	4	1	12,5	12,0
Sin respuesta	0	0	0	0	0	0	1	3	2,3	0	1	3,3	0	0	0	1,3

Análisis:

La alternativa a:

Fue seleccionada por un 7,5% de los profesionales, es importante destacar que los Psicólogos y los trabajadores sociales no respondieron ninguno a esta alternativa; en cambio 3 Médicos, 21 Licenciados en Educación y 4 Jueces opinan que la mujer no bebe.

La alternativa b:

Fue contestada por un 23,6% de los profesionales, siendo los Licenciados en Educación los que mayor número de respuestas dieron a esta alternativa, seguidos de los médicos.

La alternativa c;

Fue seleccionada por un 41,9% de los profesionales, para un total de 156 respuestas, los Licenciados en Educación fueron quienes más respondieron esta alternativa (80 casos), luego los Médicos (64 casos), seguidos por los Jueces (25 casos), luego los Psicólogos (22 casos) y por último los Trabajadores Sociales (15 casos).

La alternativa d:

Fue contestada por 12,0% de los profesionales, discriminados así: 11 Médicos, 8 Psicólogos, 19 Licenciados en Educación, 2 Trabajadores Sociales y 5 Jueces.

Sin respuesta hubo 5 casos para 1.3% de los profesionales.

Conclusión:

El 41,9% de los profesionales, considera que la mujer en Medellín bebe frecuentemente. Algunos estudios demuestran como la mujer ha aumentado el consumo de licor, se debe a que ésta ha adquirido nuevos roles con el ingreso a la universidad y al mercado ocupacional, al rápido proceso de liberación femenina, al acelerado cambio social, a la crisis de valores, etc.

5.4 ALCOHOLISMO Y MEDIOS DE COMUNICACION

Item N° 33

La propaganda empleada por los distribuidores de bebidas alcohólicas en los diferentes medios de comunicación, influye en la población en el consumo de las mismas.

- a- Demasiado
- b- Mucho
- c- Poco
- d- Es indiferente

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo así:

Item # 33	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40		Total Nº.372 %	
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	32	2	34,0	4	6	31,2	15	34	28,8	0	13	43,3	8	3	27,5	31,4
b	36	8	44,0	2	12	43,7	40	53	54,7	2	7	30,0	8	6	35,0	46,7
c	15	0	15,0	2	4	18,7	6	13	11,1	1	3	13,3	8	5	32,5	15,3
d	6	0	6,0	0	2	6,2	1	7	4,7	0	4	13,3	2	0	5,0	5,9
Sin respuesta	1	0	1,0	0	0		1	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5

Análisis:

La Alternativa a;

Fue contestada por un 31,4% de los profesionales, siendo los Licenciados en Educación los que en mayor número de casos respondieron esta alternativa, seguidos de los Médicos.

La alternativa b:

Fue seleccionada por un 46,7% de los profesionales, para un total de 174 respuestas, siendo los Licenciados en Educación y los Médicos quienes respondieron en mayor número de casos.

La alternativa c:

Fue señalada por 22 profesionales, lo que significa 5.9% de la población encuestada.

Sin respuesta se presentaron 2 casos para un 0,5% de los profesionales.

Conclusión.

Es importante destacar que el 78.1% de los profesionales opinan que la propaganda empleada por los distribuidores de bebidas alcohólicas, influye mucho y/o demasiado en el consumo de las mismas, por lo tanto se observa que existe una clara conciencia de los efectos dañinos que hace la excesiva propaganda en una sociedad de consumo.

Es interesante observar además que para 5.9% de los profesionales, les es indiferente, la influencia que tienen los medios de comunicación en la propagación del consumo de alcohol.

5.4.1 Item No. 34

En la Televisora Nacional actualmente están presentando 22 comerciales que promueven el consumo de bebidas alcohólicas; esta cifra le parece:

- a- Normal
- b- Excesiva
- c- Poca
- d- Le es indiferente.

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo así:

Análisis:

Nota: La encuesta se empezó a repartir a fines de Noviembre y principios de Diciembre de 1982. Al finalizar el mes de Diciembre el número de comerciales por televisión ascendió a 37.

La alternativa a:

Fue contestada por un 11,0% de los profesionales, de los cuales 33 casos son de Licenciados en Educación, 4 Médicos, 3 Jueces y 1 Psicólogo.

La alternativa b;

Fue seleccionada por 276 profesionales, para un porcentaje de 74,1%.

La alternativa c:

Fue contestada por un 8.8% de los profesionales, siendo los Licenciados en Educación los que tuvieron la mayoría de los casos de respuesta a esta alternativa.

La alternativa d:

Al 5.9 de los profesionales les fue indiferente el número de propagandas que se transmitía por la Televisora Nacional.

En Febrero de 1983 se dejaron de presentar por la Televisora Nacional todo tipo de propagandas que promovían el consumo de bebidas alcohólicas.

Durante los meses de Octubre y Noviembre de 1982, los tipos de comer-

ciales que promovían el consumo de bebidas alcohólicas, hacían referencia a las siguientes marcas: Chivas Regal, Ballantines, Paseo Cristal, Fiesta Cristal, Ron Viejo de Caldas, Vino Sansón, Vino Casa Grajales, Brandy Domec, Sangría, Aguardiente Antioqueño, Passporte (Whisky Escosés), Trópico, Wisky Sello Negro, Cerveza Bavaria, Cerveza Club Colombia, Aguardiente Tapa Roja, Clausen Export (Cerveza en tarro), Casillero del Diablo, Vino Bonsoli, Golden Cherry, Vino Cariñoso, Ron Medellín Añejo.

A mediados del mes de Diciembre (1982) y del mes de Enero de 1983 se aumentaron los comerciales de: Whisky Caballo Blanco, Vino Cinzano, Pomeín Vino, Martini, Brandy Seguin, Vino Santo Tomás, Cerveza Aguila, Vino Santa Rita, Cerveza Pilsen, Champaña Cinzano, Extra Godernen, Vino Chileno (Don Luis), Catto's (Wisky Escosés), Fiesta de Bacarales.

Conclusión:

La mayoría de los profesionales, un 74.1% consideraron excesivo el número de comerciales que promovía el consumo de bebidas alcohólicas.

El 18.8% de los Licenciados en Educación respondió que esta cifra era poca ¿tendrá esto que ver con el hecho de que su salario provenga de las ventas del alcohol?

5.4.2 Item No. 35

Las propagandas sobre bebidas alcohólicas debe:

- a- Suprimirse
- b- Continuarse
- c- Dosificarse
- d- Le es indiferente

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo de la siguiente forma;

Item # 35	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total Nº:372 %
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	63	4	67,0	5	9	43,7	25	41	38,8	1	13	46,6	14	4	45,0	48,1
b	0	1	1,0	0	1	3,1	6	7	7,6	0	0	0	0	1	2,5	4,3
c	21	5	26,0	3	13	50,0	19	49	40,0	2	11	43,3	9	9	45,0	37,6
d	6	0	6,0	0	1	3,1	12	10	12,9	0	3	10,0	2	0	5,0	9,1
Sin respuesta	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2,5	0,5

Análisis:

La alternativa a:

Fue señalada por 179 profesionales para un porcentaje de 48.1%; siendo los médicos quienes más respondieron esta alternativa (67 casos) seguidos de los Licenciados en Educación (66 casos), luego los Psicólogos y Trabajadores Sociales con 14 casos cada uno y los Jueces con 18 casos.

La alternativa b;

Fue contestada por un 4,3% de los profesionales.

La alternativa c:

Fue la segunda en número de casos de respuesta: 140 para un porcentaje de 37.6% de los profesionales. A 34 profesionales (9.1%) le es indiferente la publicidad sobre el uso de bebidas alcohólicas.

Conclusión:

Es dicente que el 48.1% de los profesionales opinen que las propagandas sobre el consumo de bebidas alcohólicas debe suprimirse, denota preocupación por los problemas que debido al mal uso del alcohol se presentan.

La propaganda para la alcoholización es intensa, hábil y sin límites, el gasto en anuncios indica la gran cuantía de los ingresos que reciben fabri-

cantes y expendedores; en el caso de Colombia, es el mismo Estado que gracias a los impuestos puede medio sostener la educación, ya que al magisterio se le paga con el fruto de la alcoholización del pueblo.

5.5 ALCOHOLISMO, PREVENCIÓN

Item No. 36:

Conoce usted la existencia de un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas en la ciudad de Medellín?

- a- Si, en forma completa
- b- No, en absoluto
- c- Lo he oído mencionar
- d- Si, en forma parcial

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo así:

Nota:

El ítem No. 36 pertenece a la sección del cuestionario que contiene las preguntas de conocimientos o información, su respuesta correcta es: no en absoluto, dada la importancia que esta pregunta encierra para los objetivos de la presente investigación, se le hace el análisis correspondiente.

Análisis:

La alternativa a;

Fue seleccionada por 66 profesionales, discriminados así: 18 Médicos, 2 Psicólogos, 42 Licenciados en Educación, 3 Trabajadores Sociales y 1 Juez para un porcentaje de 17.7%.

La alternativa b:

Fue contestada por un 19,0% de los profesionales, discriminada así: 22 Médicos, 11 Psicólogos, 20 Licenciados en Educación, 7 Trabajadores Sociales, 11 Jueces.

La alternativa c:

Fue señalada por 118 profesionales, para un porcentaje de 31.7%.

La alternativa d:

Seleccionada por 117 profesionales que en porcentaje corresponde a 31,4%.

Conclusión:

Es supremamente significativo que de 372 profesionales, sólo 71 saben lo que puede ser un programa preventivo; es de suponer que 301 profesionales o no saben que es un programa preventivo o confunden tratamiento y rehabilitación con aquel . Sólo un 19,0% de los profesionales acertó a la respuesta correcta.

De los (301) profesionales que no saben lo que puede ser un programa preventivo se discriminó así: 68 Médicos, 11 Psicólogos, 150 Licenciados en Educación, 23 Trabajadores Sociales y 29 Jueces. Estos datos son alarmantes especialmente por la labor que deben ejercer cada uno de los profesionales en su área específica. En Colombia no existe programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas, solo se han realizado algunas propagandas que se transmiten esporádicamente por la televisión.

Actualmente se habla de atacar directamente la Drogadicción o farmacodependencia, pero fuera de confiscar laboratorios y encarcelar narcotraficantes que se ha hecho?. Parece ser que al gobierno no le conviene afrontar el problema del alcoholismo puesto que el fisco nacional depende en un alto porcentaje del consumo del alcohol por parte del pueblo.

5.5.1 Item No. 37:

Usted considera que la existencia de un programa preventivo sobre el uso

de bebidas alcohólicas es:

- a- Necesario
- b- Indiferente
- c- Innecesario
- d- Contraindicado.

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo así:

Item # 37	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total Nº:372 %
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	90	10	100	8	24	100	62	106	98,8	3	27	100	26	14	100	99,4
b	0	0	-	0	0	-	0	1	0,58	0	0	-	0	0	-	0,26
c	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	-	-
d	0	0	-	0	0	-	1	0	0,58	0	0	-	0	0	-	0,26
Sin respuesta	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0

Análisis:

La alternativa a:

Resuelta por el 99,4% de los profesionales.

Alternativa b:

Fue seleccionada por una Licenciada en Educación para un porcentaje de 0,2% de todos los profesionales.

La alternativa c:

No obtuvo ninguna respuesta.

La alternativa d:

Fue contestada por un Licenciado en Educación para un porcentaje de 0,2% de todos los profesionales.

Conclusión:

El 99.4% de los profesionales consideran que la existencia de un programa preventivo es necesario.

Paradójico resulta que el 81% de los profesionales no saben que es un programa preventivo pero el 99.4% lo consideran necesario.

Se puede pensar que tan alto porcentaje sobre la necesidad de un programa preventivo venga de la intuición de los profesionales ya que estos, en su mayoría no saben lo que es el alcoholismo y sus consecuencias como

tampoco de la forma de prevenir este mal.

5.5.2 Item No. 38

Un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas debe ir dirigido prioritariamente a:

- a- La familia
- b- La educación institucionalizada
- c- Las empresas y sindicatos
- d- Al público en general.

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo así:

Item # 38	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total Nº:372 %
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	29	1	30,0	2	5	21,8	26	40	38,8	0	13	43,3	5	8	32,5	34,6
b	5	1	6,0	1	1	6,2	15	22	21,7	0	0	-	2	0	5,0	12,6
c	0	0	-	1	18	59,3	8	0	4,7	0	0	-	1	0	2,5	7,5
d	56	8	64,0	4	0	12,5	13	45	34,1	3	14	56,6	18	6	60,0	44,8
Sin respuesta	-	-	-	-	-	-	1	0	0,5	0	0	-	0	0	-	0,2

Análisis:

Al alternativa a:

Fue contestada por 129 profesionales para un 34.6%, siendo los Licenciados en Educación y los Médicos los que respondieron en mayor número de casos.

La alternativa b:

Seleccionada por 47 profesionales para un porcentaje de 12.6% siendo los Licenciados en Educación quienes contestaron el mayor número de casos.

La alternativa c:

Fue señalada por 28 profesionales para un 7,5%.

La alternativa d:

Fue marcada por 167 profesionales o sea el 44.8% de todos los casos. Fue la alternativa que alcanzó el más alto puntaje.

Sin respuesta a este ítem se presentó un solo caso para un 0.2%.

Conclusión:

El 44.8% de los profesionales opinó que un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas debe ir dirigido prioritariamente al público en general, un 34.6% opina que debe ir dirigido a la familia, un 12.6% a la educación institucionalizada y un 7.5% a las empresas y sindicatos.

Un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas debe ir dirigido a toda la comunidad, pero debe canalizarse a través de diferentes medios de comunicación para lograr llegar a todo el público en general.

5.6 POSICION FRENTE AL ALCOHOLICO E INSTITUCIONES QUE LO ATIENDEN

5.6.1 Item No. 39

Qué haría usted con un alcohólico?

- a- Tratarlo
- b- Remitirlo
- c- Aconsejarlo
- d- Rechazarlo

Las respuestas a este ítem están tabuladas por profesión y sexo a continuación:

Item # 39	Médicos Nº 100			Psicólogos Nº 32			Licenciados en Educación Nº 170			Trabajadores Sociales Nº 30			Jueces Nº 40			Total Nº 372 %
	H:90	M:10	%	H:8	M:24	%	H:63	M:107	%	H:3	M:27	%	H:26	M:14	%	
a	40	5	45,0	4	8	37,5	33	47	47,0	0	6	20,0	16	6	55,0	44,3
b	42	4	46,0	4	14	56,2	15	41	32,9	3	21	80,0	3	7	25,0	41,3
c	8	1	9,0	0	2	6,2	7	13	11,7	0	0	-	4	1	12,5	9,6
d	0	0	-	0	0	-	7	2	5,2	0	0	-	2	0	5,0	2,9
Sin respuesta	0	0	-	0	0	-	1	4	2,9	0	0	-	1	-	2,5	1,6

Análisis:

La alternativa a;

Fue contestada por 116 profesionales para un porcentaje de 44,3%. Fue la alternativa de mayor puntaje. Por profesiones el número de respuestas fué: 45 médicos, 12 Psicólogos, 80 Licenciados en Educación, 7 Trabajadores Sociales y 22 Jueces.

La alternativa b;

Fue seleccionada por 41,3% de los profesionales de la siguiente forma 46 Médicos, 18 Psicólogos, 56 Licenciados en Educación, 24 Trabajadores Sociales y 10 Jueces.

La alternativa c:

Fue contestada por 36 profesionales que en porcentaje corresponde a un 9.6%.

La alternativa d:

Señalada por 11 profesionales para un porcentaje de 2,9%.

Sin respuesta hubo 6 casos lo que da 1,6% de los profesionales.

Conclusión:

De 372 profesionales 166 responden que tratarían a un alcohólico; en todas las demás profesiones hay desconocimiento sobre lo que es el alcohó-

tismo y sus consecuencias, tampoco saben lo que es prevención, de donde cabe preguntar ¿con qué elementos se van a enfrentar para tratar el alcohólico? ¿poseen los conocimientos mínimos para afrontar semejante problema? ¿se improvisa?.

La respuesta de tratado aún por parte de educadores trabajadores sociales y jueces indican que harían algo directo por el alcohólico antes de remitirlo.

La alternativa b dice: remitir el alcohólico; los 46 Médicos y los 18 Psicólogos donde lo piensan remitir? no es esa su misión?, la misma pregunta se puede hacer para los Trabajadores Sociales, Licenciados en Educación y Jueces. Parece que juega un papel importante la honestidad porque parece que los profesionales son conscientes de que carecen de idoneidad en farmacodependencia.

Un 9.6% de los profesionales dicen que su posición frente al alcohólico es la de aconsejarlo, demostrado está que para nada sirven los consejos frente a una dependencia.

Un 2.9 de los profesionales rechazarían al alcohólico.

5.6.2 Item No. 40 Unica pregunta abierta:

Qué instituciones, entidades o personas conoce usted, en la ciudad de Medellín que trabajen en pro del alcohólico. El número de respuestas dadas aparecen en el siguiente cuadro por profesiones:

	Alcohólicos Anónimos A.A .	Hospital Mental	Hospital San Vi- cente de Paul	Clínica Conalco	Clínicas Particu- lares.	Empresas Licoreras	Doctor Jorge Franco	Zenit y Renacer	Sin respuesta
Médicos	80	14	6	11	5	4	4	5	11
Psicólogos	25	8	6	13	2	-	-	8	1
Licenciados en Educación	134	7	5	17	3	6	3	5	19
Trabajadores Sociales	27	7	5	8	3	-	-	6	8
Jueces	30	-	-	-	1	3	-	-	6
Total	296	36	22	49	14	13	7	24	45

El análisis por porcentajes no se efectuó debido a que cada profesional podía anotar la cantidad de instituciones o personas que conociera y que prestaran sus servicios directamente al alcohólico.

Conclusión:

La Organización de Alcohólicos Anónimos es la más popular de todas las entidades que prestan ayuda a los alcohólicos.

Puede concluirse que los profesionales tienen un bajo conocimiento sobre los servicios y existencia de instituciones especializadas en el tratamiento y rehabilitación del alcohólico.

5.7 SITUACION PERSONAL DEL ENCUESTADO FRENTE AL ALCOHOL

El siguiente ítem no aparece numerado porque se ubicó en la segunda parte del cuestionario que trata sobre los datos personales, su contenido es el siguiente;

Con respecto al alcohol usted es:

- a- Abstemio totalmente
- b- Bebedor social (moderado u ocasional)
- c- Bebedor excesivo
- d- Alcohólico.

Alternativas	Médicos Nº 100 H:90 M: 10 %			Psicólogos Nº 32 H:8 M:24 %			Licenciados en Educación Nº 170 H:63 M: 107 %			Trabajadores Sociales Nº 30 H:3 M:27 %			Jueces Nº40 H:26 M:14 %			Total Nº 372 %
a	20	4	24,0	1	0	3,1	3	32	20,5	0	8	26,6	2	0	5,0	18,8
b	67	6	73,0	7	19	81,2	55	75	76,4	2	19	70,0	22	10	80,0	75,8
c	1	0	1,0	0	5	15,6	1	0	0,5	1	0	3,3	1	4	12,5	3,4
d	2	0	2,0	0	0	-	3	0	1,7	0	0	-	0	0	-	1,3
Sin respuesta	0	0	-	0	0	-	1	0	0,5	0	0	-	1	0	2,5	0,5

El 75,8% de los profesionales dicen ser bebedores sociales, se puede observar la aceptación social que tiene el consumo del alcohol en nuestro medio. Sin embargo por informaciones indirectas se dedujo que aproximadamente había entre los profesionales encuestados 20 alcohólicos y 30 bebedores excesivos.

6. DISCUSION FINAL

Como lo demuestra el análisis de varianza, fue aceptada la hipótesis nula de la investigación: No hay diferencia significativa de conocimientos sobre el alcoholismo y sus consecuencias debido a la actitud que frente al alcohólico tienen los profesionales.

La interacción entre sexo y actitud no afecta los conocimientos.

No existe diferencia de actitudes hacia el alcohólico debida al sexo. La interacción entre conocimiento y sexo no afecta la actitud hacia el alcohólico.

Existe completa independencia entre los factores: conocimientos, actitudes y sexo.

En cuanto a los conocimientos podemos destacar el hecho de que los profesionales tienen muy escasa información sobre lo que es el alcoholismo y sus consecuencias, aquellos (pocos) que poseen un conocimiento aceptable lo han adquirido por motivación propia, ya que ninguna carrera profesional posee en su pénsum un curso de farmacodependencia o alcoholismo.

Referente a programas preventivos sobre el uso de bebidas alcohólicas se encontró que los profesionales no saben qué es, confunden terapia y rehabilitación con prevención. Pero la idea general es que consideran necesario un programa de prevención.

Las actitudes que frente al alcohólico poseen los profesionales en más de un 55,0% es positiva, lo que significa aceptación, tolerancia y comprensión. Pero sin embargo este porcentaje es relativamente bajo pues queda un 45% con actitud negativa en un grupo culto en el que casi todos deberían tener actitud de ayuda.

El mayor rechazo de parte de los jueces puede deberse a que a ellos les corresponde enfrentar los casos mas deplorables relacionados con alcohol.

6.1 CONCLUSIONES GENERALES

Teniendo en cuenta los objetivos que se propusieron alcanzar con la presente investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

- Los profesionales de las Ciencias Sociales y Humanas de la ciudad de Medellin, en términos generales no poseen los conocimientos adecuados sobre lo que es el alcoholismo. Los Médicos hombres, son los profesionales que tienen una leve ventaja sobre las demás profesiones

en cuanto a conocimientos aceptables sobre el alcoholismo y sus consecuencias.

La actitud frente al alcohólico es positiva en un 55%.

También es necesario destacar que un 45% de los profesionales poseen una actitud negativa frente al alcohólico.

Se logró detectar, entre los profesionales a quienes fue dirigida la investigación, que no poseen una información clara y precisa sobre lo que es un programa preventivo. No obstante un 99.4% de los profesionales consideran que es necesaria la creación de un programa preventivo sobre el uso de las bebidas alcohólicas.

No existe una clara conciencia de que el alcoholismo es una enfermedad y que se ubica dentro de la farmacodependencia.

6.2 RECOMENDACIONES

- Proporcionar una buena capacitación a los profesores, ya que estos son un poderoso medio de cambio, para que adquieran por lo menos los conocimientos mínimos y una idea clara de la magnitud del problema y así poder suministrar una información y orientación adecuada a sus alumnos sobre el uso indebido del alcohol.

- Introducir a nivel de pénsum escolar la cátedra de farmacodependencia y alcoholismo que proporcione información científica adecuada sobre los perjuicios sociales y personales que trae consigo cualquier tipo de farmacodependencia. Dicha instrucción debe ir acompañada de una educación que permita modificar actitudes y costumbres existentes.

La información institucionalizada deberá ir de acuerdo con el nivel de escolaridad, hasta llegar a la universidad, donde se hace indispensable el estudio sobre la farmacodependencia en forma más completa y detallada, la mayor intensidad debe ubicarse en las carreras humanísticas.

- Creación y aplicación de un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas, de grandes alcances y para todos los sectores.

Programa que debe ser elaborado con base a la realidad del país; dirigido a toda la comunidad con sus diferentes grupos, pero tomando en

cuenta diferencias regionales, sociales y educativas. Debe además ser sistemático y coherente.

- Fomentar desde la niñez, a través de la familia y la escuela, el valor del deporte, de las actividades culturales y recreativas, del uso adecuado del tiempo libre, con el fin de evitar que se aproximen a tan terrible mal.

- Creación de nuevos centros de recuperación y rehabilitación del alcohólico, donde puedan ingresar aquellas personas que no tienen capacidad económica y mayor difusión de estos entre los profesionales y la población.

- Formación de equipos terapéuticos especializados para la atención del enfermo alcohólico.

- Emprender campañas publicitarias que lleven a la convicción del peligro que representa el uso indebido de las bebidas alcohólicas.

BIBLIOGRAFIA

A.A. Alcohólicos Anónimos. Medellín, Editorial Bedout, S.A., 1980.

A .A. Vivir en Sobriedad. Medellín, Editorial Bedout, S.A., 1977.

ACKERMANN, A. Psicología Aplicada. Madrid, Editorial Morata, S.A., 1970.

ALONSO, Martín. Enciclopedia del Idioma. Madrid, 2da edición, Tomo II, 1980.

ANASTASI, Anne. Tests Psicológicos. Madrid, 3a.edición, Editorial Aguilar, 1978.

AZORIN POCH, Francisco. Curso de Muestreo y Aplicaciones. Madrid, Editorial Aguilar, 1969.

BALLUS, C. Psicobiología. Barcelona, Editorial Herder, 1983.

BATISTA J., Enrique. Escalas de actitudes. Medellín, Editorial Copiypes, 1982.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Washington, Vol: LXXI, N? 3, 1971,,

BRAIER, L. Diccionario Enciclopédico de Medicina, Barcelona, Editorial Jiws, 1979.

BUSTAMANTE, Miguel E. Gaceta Médica de México. Organó de la Academia Nacional de Medicina. Vol. 116, N? 6, 1980.

CAPITATANT, Henri. Vocabulario jurídico. Buenos Aires, Ediciones de Palma, 1980.

CARROL, Herbert A. Higiene Mental. México, Editorial Continental, S.A., 1972.

CHAO, Lincoln L. Estadísticas para las Ciencias Administrativas. México. 2da. edición, Editorial Libros, Me Graw-Hill, 1978.

COCHRAN, William G.; y M. COX, Gertrude. Diseños Experimentales. México, Editorial Trillas, 1978.

CRONICA DE LA O.M.S. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, vol. 29 N° 3, 1975.

CURSO DE CAPACITACION PARA EDUCADORES EN PREVENCION PRIMARIA EN FARMACODEPENDENCIA. Medellín, Hospital Mental, 1983.

ENCICLOPEDIA MEDICA FAMILIAR. Barcelona, Ediciones Nauta, Tomos I y II, 1983.

ESTATUTO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES. Ministerio de Justicia. Bogotá, Editorial talleres gráficos de la Penitenciaría Central de Colombia, 1977.

FORT, Joel. Alcohol. Nuestro máximo problema de drogas. México, Editorial Extemporáneos, S.A., 1974.

GUIA EDUCATIVA SOBRE DROGAS. Bogotá, Ministerio de Salud, 1976.

HESSEN, J. Teoría del Conocimiento. Buenos Aires, Editorial Losada, 1969.

INFORME DE UN COMITE DE EXPERTOS DE LA O.M.S. "Problemas relacionados con el consumo del Alcohol". Ginebra, 1980.

JAIMES P., Gladys; y PADILLA O, Hermes. Alcohólicos Anónimos. Una terapia del alcoholismo, Medellín, Tesis de Grado, Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, 1980.

JELLINEK, E.M. The disease concept of Alcoholism. New Haven, Hi11 — house Press, 1968.

KERLINGER, Fred N. Investigación del Comportamiento. México, 2da. edición, Nueva Editorial Interamericana, 1979»

MARCONI, Juan. Criterios Diagnósticos en Alcoholismo. Chile, Ponencia en el Congreso Internacional sobre alcoholismo y Farmacodependencia, 1978.

MEDICINA Y SALUD. Barcelona, Ediciones Océano S.A. Tomo I, 1983.

MEMORIAS. Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Medellín, 1980.

MONSALVE P., Orlando. Normas Colombianas para la elaboración y presentación de Tesis de Grado. Medellín, Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, 1981.

MC CARTHY, Raymond G.A. Alcohol Education for classroom and community. New York, Copyright by Me Graw-Hill, 1964.

NISBET, J.D. y N.J. Entwistle. Métodos de Investigación Educativa. Barcelona, Ediciones Oikos-Tau, S.A., 1980.

NUNNALLY, Jum C. Introducción a la Medición Psicológica. Buenos Aires, Editorial Paidós, S.A.I.C.F., 1973.

ORTEGA TORRES, Jorge. Código Penal. Bogotá, Editorial Temis, 1982.

PADUA, Jorge. Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias sociales. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1981.

PLANEACION METROPOLITANA. 1981 Anuario Estadístico Metropolitano, Medellin, Talleres Litográficos de Multigráficas, 1982.

PHILIPPE LEYNES, Jacques. Psicología Social. Barcelona, Editorial Herder, 1982.

PEREZ U, Luis Alberto. Psicosis Alcohólicas. Medellin, Hospital Mental de Antioquia. Documento para Curso de Post grado.

POCH F., Gustavo y RUBIO, Horacio H. Alcoholismo. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1970.

POPPER, K. Conocimiento Objetivo. Madrid, Editorial Tecnos, 1974.

POPPER, K.- La Lógica de la Investigación Científica. Madrid, 2da. edición, Editorial Tecnos, 1974.

REYES E, Enrique. Criminología. Bogotá, Editorial Artes Gráficas, 1976.

SHAW, Marvin E., And Wright, Jack M. Sea les for the Measurement of Attitudes. Editorial Me Graw-Hill, 1965.

- SHIRRA G, Andrew. Buscando la salud mental. Buenos Aires, Editorial Losada, 1951.
- SKINNER, Charles E. Psicología en la Educación. México, Editorial Hispano-Americana, Tomo I, 1973.
- SPINOZA, Baruch. Tratado de la Reforma del Entendimiento. Barcelona, Editorial Aguilar, 1967.
- TORO G, José Ricardo • y ORTEGA A, Héctor. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. Medellín, la edición, Editorial Servigráficas, 1981.
- URIBE CUALLA, Guillermo. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Bogotá, 9 edición, Editorial Temis, 1971.
- YATES, A . J . Terapia del Comportamiento. México, Editorial Trillas, 1977

ANEXOS

ANEXO 1

PRUEBA PILOTO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACION

Distinguido profesional:

Acudo a usted de la manera más cordial y respetuosa para pedirle el favor de colaborar en la resolución del presente cuestionario, con el fin de efectuar una investigación sobre el Alcoholismo.

Dada la importancia del tema y de su valiosa cooperación, surgirán inquietudes, informaciones y resultados que podrán servir para elaborar una serie de recomendaciones como aporte a un grave problema social.

La encuesta es totalmente confidencial, por lo tanto no hay que firmarla.

ESCALA DE ACTITUDES

ACTITUDES FRENTE AL ALCOHOLISMO

INSTRUCCIONES: Frente a cada frase a la derecha, usted encontrará una escala de 1 a 5; encierre en un círculo el número correspondiente según su grado de acuerdo o desacuerdo. Sólo marque una, teniendo en cuenta esta clasificación:

ANEXO 1

PRUEBA PILOTO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACION

Distinguido profesional:

Acudo a usted de la manera más cordial y respetuosa para pedirle el favor de colaborar en la resolución del presente cuestionario, con el fin de efectuar una investigación sobre el Alcoholismo.

Dada la importancia del tema y de su valiosa cooperación, surgirán inquietudes, informaciones y resultados que podrán servir para elaborar una serie de recomendaciones como aporte a un grave problema social.

La encuesta es totalmente confidencial, por lo tanto no hay que firmarla.

ESCALA DE ACTITUDES

ACTITUDES FRENTE AL ALCOHOLISMO

INSTRUCCIONES: Frente a cada frase a la derecha, usted encontrará una escala de 1 a 5; encierre en un círculo el número correspondiente según su grado de acuerdo o desacuerdo. Sólo marque una, teniendo en cuenta esta clasificación:

- 1 Total desacuerdo
- 2 Desacuerdo
- 3 Indeciso
- 4 Acuerdo
- 5 Total acuerdo

Ejemplo: La mayoría de los alcohólicos desea más simpatía que los demás:

1 2 3 4 5

En este caso el número escogido fue el cuatro, razón por la cual aparece encerrado en un círculo.

- | | |
|---|------------------------|
| 1. El alcohólico es a menudo hostil | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 2. Los alcohólicos son más emocionales que las otras personas | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 3. Los trabajadores alcohólicos no tendrán éxito como los otros trabajadores. | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 4. La gente alcohólica no contribuye mucho para con la sociedad. | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 5. La mayoría de los no alcohólicos no querrá casarse con alguien alcohólico | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 6. Los alcohólicos generalmente son más sensitivos que los demás | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 7. Muchos alcohólicos piensan que ellos son tan buenos como los demás | <u>1</u> 2 3 4 5 |
| 8. Los alcohólicos son generalmente sociales. | <u>1</u> 2 3 4 5 |

9. Los alcohólicos generalmente son tan conscientes como los no alcohólicos.

1 2 3 4 5

10. Hay más personas que no caen bien entre los alcohólicos que entre las personas no alcohólicas.

1 2 3 4 5

11. La mayoría de los alcohólicos no se desaniman fácilmente.

1 2 3 4 5

12. La mayoría de los alcohólicos se resenten de la gente no alcohólica.

1 2 3 4 5

13. La mayoría de los alcohólicos pueden cuidarse ellos mismos.

1 2 3 4 5

14. Los alcohólicos son tan ambiciosos como los demás.

1 2 3 4 5

15. Los alcohólicos confían en sí mismos como la demás gente.

1 2 3 4 5

16. La mayoría de los alcohólicos desean más el afecto y la alabanza que las demás personas.

1 2 3 4 5

17. Los alcohólicos son a menudo menos inteligentes que los no alcohólicos.

1 2 3 4 5

18. Pocos alcohólicos se avergüenzan de sus impotencias.

1 2 3 4 5

19. Mucha gente se siente incómoda cuando tratan con alcohólicos.

1 2 3 4 5

20. Los alcohólicos no llegan a turbarse tan fácilmente como los demás.

1 2 3 4 5

21. Los alcohólicos a menudo son menos agresivos que los demás.

1 2 3 4 5

22. Muchos alcohólicos no se angustian más que una persona no alcohólica.

1 2 3 4 5

23. Los empresarios no deberían permitir enganchar trabajadores alcohólicos.

1 2 3 4 5

24. Muchos alcohólicos esperan un trato especial.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
25. Los alcohólicos no esperarían sobresalir en la vida normal.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
26. Muchos alcohólicos tienden a desanimarse fácilmente.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
27. La peor cosa que le puede suceder a una persona es ser gravemente injuriada	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
28. La mayoría de los alcohólicos no sienten pesar de sí mismos.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
29. La mayoría de los alcohólicos no necesitan una atención especial.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
30. La mayoría de los alcohólicos tienen características de personalidad distintas de las personas no alcohólicas.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

DATOS PERSONALES

Título profesional:

- a. Médico
- b. Psicólogo
- c. Licenciado en Educación
- d. Trabajador Social
- e. Abogado

Su ocupación actual es: Ejercicio

Sexo : Masculino Femenino

Su edad está comprendida entre:

- a. De 23 a 27 años
- b. De 28 a 32 años
- c. De 33 a 37 años
- d. De 38 a 42 años
- e. De 43 a 48 años
- f. De 49 a 52 años
- g. Más de 53 años

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE MEDICION

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACION

Distinguido (a) Profesional:

Acudo a usted de la manera más cordial y respetuosa para pedirle el favor de colaborarme en la resolución del presente cuestionario, con el fin de efectuar una investigación que, sobre el alcoholismo me propongo realizar.

Dada la importancia del tema y de su valiosa cooperación, surgirán inquietudes, informaciones y resultados que podrán servir para elaborar una serie de recomendaciones como aporte a un grave problema social.

El cuestionario consta de tres partes

La primera parte hace referencia a las opiniones que sobre el Alcoholismo tiene usted.

La segunda parte trata de sus datos personales: sexo, ocupación, título profesional, etc.

La tercera parte consta de preguntas que nos lleven a detectar su actitud frente al alcoholismo.

La encuesta es totalmente confidencial; por lo tanto, no hay que firmarla.

Muchas gracias.

CUESTIONARIO

PRIMERA PARTE

Tache con una X la letra de la alternativa que usted considere verdadera.

Marque sólo una respuesta.

Por favor responda todo el cuestionario.

Ejemplo: El tipo de bebida más utilizado en la ciudad de Medellín es:

- a. Ron
- b. Cerveza
- c. Aguardiente
- d. Pipo

La respuesta escogida es aguardiente por lo tanto cruzamos la letra c, con una X .

1. El alcohólico se diferencia del bebedor social en que el alcohólico:
 - a. Disfruta de las diversas situaciones
 - b. Es capaz de controlar la bebida
 - c. Es el centro de toda reunión social
 - d. Es incapaz de controlar la bebida.

2. Considera usted que el alcoholismo es:
 - a. Un vicio
 - b. Una enfermedad
 - c. Un hábito
 - d. Una distracción

3. El alcoholismo es considerado como una dependencia;
 - a. Sí
 - b. No
 - c. A veces
 - d. No sé

4. El alcohol es:
 - a. Un estimulante
 - b. Un sedante
 - c. Un aperitivo
 - d. No sé

5. Usted considera que una persona que toma dos tragos por día se vuelve alcohólica:
 - a. Sí
 - b. No

- c. A veces
 - d. Depende del tipo de trago
6. En su concepto el ingerir licor sirve para cual de las opciones siguientes:
- a. Prevenir el infarto
 - b. Dormir mejor
 - c. Abrir el apetito
 - d. Ninguna de las anteriores
7. Usted considera que el alcoholismo produce trastornos mentales:
- a. Sí
 - b. No
 - c. A veces
 - d. No sé.
8. Usted considera que el alcoholismo produce trastornos gástricos:
- a. Sí
 - b. No
 - c. A veces
 - d. No sé
9. La dependencia física del alcohol ocurre cuando el bebedor interrumpe

la ingestión y trata de aliviar sus angustias y síntomas de abstinencia, recurriendo nuevamente a la bebida:

- a. sí
- b. No
- c. A veces
- d. No sé

10. El alcohólico crónico es egoísta:

- a. sí
- b. No
- c. A veces
- d. No sé

11. El alcohólico crónico es mentiroso:

- a. sí
- b. No
- c. A veces
- d. No sé

12. La dependencia psicológica del alcohol se presenta cuando en el bebedor, es posible observar clínicamente la acumulación de tensiones psicológicas que provocan un deseo patológico de alcohol como medio

de aliviarlas;

- a. Sí
- b. No
- c. A veces
- d. No sé

13. Al suspender el alcohol se presentan convulsiones y el delirio tremens:

- a. Siempre
- b. Nunca
- c. A veces
- d. No sé

14. La intoxicación aguda por alcoholismo;

- a. Puede precipitar la aparición de un comportamiento delictivo.
- b. Aumenta la exposición a contagios venéreos
- c. Crea problemas generalmente asociados a trastornos psíquicos agudos.
- d. Todas las anteriores.

Al terminar un período relativamente corto de abuso continuo del alcohol, se presentan por lo general los siguientes síntomas:

15. Temblor: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
16. Debilidad: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
17. Transpiración: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
18. Tranquilidad: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
19. Insomnio.: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
20. Anorexia: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
21. Náuseas: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
22. Relajamiento: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
23. Vómitos: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
24. Diarreas: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
25. Ligera hipertensión: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
26. Hipotensión postural: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___
27. Algo de fiebre: Sí ___ No ___ A veces ___ No sé ___

28. El alcoholismo afecta:

- a. La salud física y mental
- b. Las relaciones sociales y familiares
- c. El desempeño laboral
- d. Todas las anteriores

29. El alcohólico es tan enfermo como quienes lo rodean en su ambiente familiar e íntimo:

- a. Sí
- b. No

c. A veces

d. No sé

30. En su opinión el porcentaje diario de casos atendidos por problemas de alcohol en la Policlínica Municipal de Medellín, está comprendido entre el:

a. 20% al 40%

b. 40% al 60%

c. 60% al 80%

d. 80% al 100%

31. El ausentismo laboral que se presenta en Medellín se debe el alto porcentaje a problemas derivados del alcohol; en su opinión, dicho porcentaje está comprendido entre el:

a. 20% al 40%

b. 40% al 60%

c. 60% al 80%

d. 80% al 100%

*

32. Dentro de la población femenina de Medellín podemos decir que la mujer.

a. No bebe

b. Bebe tanto como el hombre

c. Bebe frecuentemente

d. Bebe a escondidas

33. La propaganda empleada por los distribuidores de bebidas alcohólicas en los diferentes medios de comunicación, influye en la población en el consumo de las mismas.

a. Demasiado

b. Mucho

c. Poco

d. Es indiferente

34. En la Televisora Nacional actualmente están presentando 22 comerciales que promueven el consumo de bebidas alcohólicas; esta cifra le parece:

a. Normal

b. Excesiva

c. Poca

d. Le es indiferente

35. La propaganda sobre bebidas alcohólicas debe:

a. Suprimirse

b. Continuarse

- c. Dosificarse
- d. Le es indiferente

36. Conoce usted la existencia de un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas en la ciudad de Medellín?

- a. *Sí*, en forma completa
- b. No, en absoluto
- c. Lo he oído mencionar
- d. Sí, en forma parcial

37. Usted considera que la existencia de un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas es:

- a. Necesario
- b. Indiferente
- c. Innecesario
- d. Contraindicado

38. Un programa preventivo sobre el uso de bebidas alcohólicas debe ir dirigido prioritariamente a:

- a. La familia
- b. La educación institucionalizada
- c. Las empresas y Sindicatos
- d. Al público en general.

39. Qué haría usted con un alcohólico:

- a. Tratarlo
- b. Remitirlo
- c. Aconsejarlo
- d. Rechazarlo

40. Qué instituciones, entidades o personas conoce usted, en la ciudad de Medellín que trabajen en pro del alcoholismo?

Desea hacer una sugerencia:?

SEGUNDA PARTE

Datos Personales:

Con respecto al alcohol usted es:

- a. Abstemio totalmente
- b. Bebedor social (moderado u ocasional)
- c. Bebedor excesivo

d. Alcohólico

Título profesional:

- a. Médico
- b. Psicólogo
- c. Licenciado en Educación
- d. Trabajador Social
- e. Abogado

Su ocupación actual es;

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Su edad está comprendida entre

- a. De 23 a 27 años
- b. De 26 a 32 años
- c. De 33 a 37 años
- d. De 38 a 42 años
- c. De 43 a 48 años
- f. De 49 a 52 años
- g. Más de 53 años

TERCERA PARTE

ACTITUDES FRENTE AL ALCOHOLICO:

Instrucciones: Frente a cada frase a la derecha, usted encontrará una escala de 1 a 5; encierre en un círculo el número correspondiente según su grado de acuerdo o desacuerdo. Sólo marque una, teniendo en cuenta esta clasificación:

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Indeciso
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

Ejemplo: La mayoría de los alcohólicos desea más simpatía que los demás:

1 2 3 4 5

En ese caso el número escogido fue el cuatro, razón por la cual aparece encerrado en un círculo.

Por favor responda, teniendo en cuenta más el aspecto afectivo que el racional .

1. El alcohólico es a menudo hostil 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
2. Los alcohólicos son más emocionales que las otras personas 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
3. Los trabajadores alcohólicos no tendrán éxito como aquellos que no lo son. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
4. La gente alcohólica no contribuye mucho a la sociedad. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

5. La mayoría de las personas abstemias no desean contraer matrimonio con alcohólicos
6. Los alcohólicos generalmente son más sensitivos que los demás.
7. Muchos alcohólicos piensan que ellos son tan buenos como los demás.
8. Los alcohólicos son generalmente sociables.
9. Los alcohólicos generalmente son tan conscientes como los no alcohólicos
10. Hay más personas que no caen bien entre los alcohólicos que entre las personas no alcohólicas
11. La mayoría de los alcohólicos no se desaniman fácilmente
12. La mayoría de los alcohólicos se resienten de la gente no alcohólica
13. La mayoría de los alcohólicos pueden cuidarse ellos mismos.
14. Los alcohólicos son tan ambiciosos como los demás
15. Los alcohólicos confían en sí mismos como la demás gente.'
16. La mayoría de los alcohólicos desean más el afecto y la alabanza que las demás personas.
17. Los alcohólicos son a menudo menos inteligentes que los no alcohólicos
18. Pocos alcohólicos se avergüenzan de sus impotencias
19. Mucha gente se siente incómoda cuando trata con alcohólicos.

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

ANEXO 3

COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS

- Algunos de los profesores de la Facultad de Educación del área de Orientación y Consejería, interrogados sobre los resultados de este trabajo emitieron conceptos cuyo resumen es el siguiente.

- El mérito del trabajo está en el desvelamiento del desconocimiento de los diferentes profesionales sobre el problema del alcoholismo y sus consecuencias.

- El conflicto entre afectividad y conocimiento en los profesionales frente al análisis del fenómeno se resuelve por el predominio o determinación de la primera.

- La aceptación social del alcohol opera como causa del mismo desconocimiento del proceso real.