

CARACTERISTICAS PREDICTIVAS COADYUVANTES A LA REHABILITACION INTEGRAL DEL ENFERMO ALCOHOLICO

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 90-96

*Edith Thomas Riadi**
Luis Alvarado Mancilla, Aladino Rojas Cárdenas
*y Luis Aracena Conte***

RESUMEN

Se entrevistó a 89 alcohólicos no pertenecientes a instituciones rehabilitadoras, con 6 o más meses de tratamiento, en un consultorio especializado (PCE)*. Se describen sus características, las motivaciones que indujeron a iniciar y adherirse a un tratamiento y algunos indicadores de recuperación global: funcionalidad personal, familiar, económica y laboral. Se comparan con las de otro estudio en 54 integrantes de instituciones rehabilitadoras (IIR)** del mismo sector geográfico, efectuado con igual procedimiento e instrumento. El 79% de los PCE tenía 40 o más años; 51% era analfabeto y/o con básica incompleta. Declararon estabilidad laboral, 51% y de pareja 56%. Un tercio inició la ingesta antes de los 16 años y más de dos tercios antes de los 21. Tratamiento: 69% lo inició con una ingesta de 16 años y 56% de 21 y más. 57% tenía 40 o más años y 32% 50 o más.

Un tercio mantenía abstinencia absoluta y sólo 25% absoluta prolongada. 60% no se consideraba alcohólico. Los incentivos para iniciar tratamiento fueron: la familia, deterioro (físico y/o mental) y económico/laboral; los dos primeros constituyeron las prioridades para adherirse a la terapia, ubicándose en tercer lugar el deseo de autoestima y aceptación social (43%). Todos mencionaron cambios positivos: familiares (80%), aceptación social y valoración de sí (76%) y económico/laboral (60%).

Al comparar los hallazgos en IIR y PCE, se confirmó que ambos grupos son similares. No hubo diferencias significativas en las variables socioeconómicas, edad de inicio de ingesta ni años de ingesta previa. Difieren ($p < 0.05$) en: abstinencia prolongada y absoluta, edad de inicio de la terapia (mayor en IIR); fracasos de tratamientos (menor en IIR). Aunque para ambos grupos la familia es prioritaria, difieren en el tipo de motivaciones y agentes significativos. Todos perciben mejoría en sus condiciones de vida y funcionalidad personal, familiar y laboral.

Palabras claves: alcoholismo - motivaciones - recuperación.

* = PCE: Pacientes de consultorios especializados.

** = IIR: Integrantes de instituciones rehabilitadoras.

ABSTRACT

89 alcoholic patients not belonging to rehabilitating groups treated for more than six months at a specialized clinic (SC) were surveyed: 79% were 40 years or older, 51% were illiterates or had basic

* Prof. Asistente Depto. de Salud Pública Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Licenciada en Educación y en Salud Pública.

** Internos de séptimo año carrera de medicina.

incomplete education. Job and partner stabilities were declared by 51% and 56%. One third began drinking before 16 years of age and two thirds did it before 21. Treatment was began after 16 years of drinking in 69% and after 21 years or more in 56% and at 40 years of age or more in 57% and 50 years or more in 32%. These patients were compared to other 54, from a rehabilitating institution (R), studied in the same city area, with equal method and instrument.

One third of SC patients was in complete abstinence and 25% in lasting abstinence. 60% did not considered themselves as alcoholics. Main reasons to begin treatment were; family and physical, mental, job or economic damage; being family and physical or mental damage the leading reasons to maintain treatment followed by desire of better self esteem and social acceptance (43%). All patients mentioned positive changes: family (80%), social acceptance and self evaluation (76%) and job or economic changes (60%).

Both groups were not similar. Although comparable in socioeconomic status, age at intake onset and years of intake they showed differences (alfa: 0,05) in age at treatment onset (younger in R patients), treatment failures (lower in R patients), lasting and complete abstinence (higher in R patients). For both groups family had the first priority but exhibited different reasons and significant agents. All had perception of improvements in their living conditions, family and job lives.

Key words: alcoholism - motivation - rehabilitation.

INTRODUCCION

Existe una percepción pesimista sobre la recuperabilidad del enfermo alcohólico y un alto nivel de escepticismo en los equipos de salud acerca de la eficacia de las acciones terapéuticas (1). Algunos seguimientos informan sobre el bajo rendimiento de éstas; que en 2 a 5 años, sólo alcanzarían éxito entre el 30-50% (2). Esto se explicaría por la tardanza en la solicitud de ayuda del paciente y la multicausalidad interviniente en la génesis (1, 2). Otros hallazgos establecen que el éxito depende, en gran medida, del manejo racional y vivencial de la conciencia de enfermedad; así como de las motivaciones para iniciar tratamiento y persistir en abstinencia (2). Entre otras, serían relevantes: el sentimiento de dignidad personal, de aceptación social, de pertenencia, de reinserción y funcionalidad (familiar, de pareja y laboral), así como el deterioro de la salud (2-9).

Los propósitos de este estudio fueron: a) conocer la existencia e importancia de estas características para orientar y reforzar las acciones terapéuticas dirigidas a obtener la rehabilitación integral del enfermo alcohólico en un consultorio especializado de Santiago y b) comparar los hallazgos con un estudio realizado por los autores, en 1992/1993 (2), en alcohólicos de tres instituciones rehabilitadoras (IIR), del mismo sector geográfico.

Los objetivos fueron: describir variables socio-culturales y demográficas; determinar la presencia de indicadores pronósticos de recuperación global en: a) la historia alcohólica, b) las motivaciones y agentes influyentes, c) los cambios percibidos en las condiciones de vida y d) el grupo de pertenencia.

PACIENTES Y METODOLOGIA

Se entrevistó a 89 alcohólicos (77 hombres, 86,5%) en tratamiento y control por 6 meses o más, en el Consultorio de Alcoholismo, de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Para comparar los resultados, se usaron las definiciones del estudio anterior (en participantes activos de clubes alcohólicos) sobre: factores que inciden en la incorporación a tratamiento y mantención de la abstinencia (absoluta, relativa, reciente, intermedia y prolongada), en afiliados a instituciones rehabilitadoras (2), se estableció como conciencia de enfermedad aquella vivencia que permite al individuo iluminar su vida, orientar su acción, desde la comprensión del alcoholismo como enfermedad, en su abstinencia y en las recaídas propias o ajenas (9). Se definió como apetito patológico, el uso del alcohol como fármaco y única alternativa de solución frente a un estado displacentero o incapacidad de lucha activa frente al deseo de ingestión.

Se consideró recuperación sintomática la abstinencia propiamente tal y como recuperación global: la capacidad de mejorar el grado de funcionamiento autónomo, de interacción social, desempeño laboral, relaciones familiares y autoestima positiva.

El análisis estadístico de las diferencias se efectuó mediante el cálculo de Z: α 0.05 bilateral y de χ^2 : <0.05 .

RESULTADOS

Las edades de los pacientes fluctuaron entre 28 y 74 años, con un 78.7% con 40 años o más (70/89).

Aproximadamente un tercio inició la ingesta antes de los 16 años y un 64% inició el hábito antes de los 21 (Tabla 1; 1.1).

La escolaridad varió desde analfabetos (7.9%) a personas con enseñanza media y superior incompleta; 42.7% tenía básica incompleta.

Sólo 51.2% declaró tener estabilidad laboral y 56%, pareja (casados y convivientes). El 70.8% se declaró católico y 12.5% no profesaba religión.

Un 68.6% se sometió al tratamiento actual tras 16 años o más de ingesta y 56.3% con un tiempo igual o superior a 21 años (Tabla 1; 1.2).

En relación a la edad de inicio del tratamiento actual: 57.3% tenía 40 o más años y algo menos de un tercio (31.5%), 50 o más.

42.7% declaró fracasos de tratamientos previos: 22.5% en una ocasión y 20.2% en dos oportunidades o más. 54% eran alcohólicos inveterados, calificando como abstinentes absolutos prolongados sólo 24.7% (22/89) (Tabla 1; 1.3).

TABLA 1

Edad de inicio de ingesta alcohólica - años de ingesta previa al tratamiento - tipo y duración de la abstinencia de 89 PCE*. 1984

1.1. Edad inicio ingesta (años)	Número	% 100
< 16	29	32.6
16 - 20	28	31.4
21 - 25	12	13.5
26 y +	20	22.5
1.2. Años de ingesta previa al tratamiento actual		
< 6	9	10.1
6 - 10	5	5.6
11 - 15	14	15.7
16 - 20	11	12.3
21 y +	50	56.3
1.3. Tipo y duración de la abstinencia		
Absoluta	30	33.7
- Reciente	7	7.9
- Intermedia	1	1.1
- Prolongada	22	24.7
Relativa	59	66.3
- Reciente	7	7.9
- Intermedia	4	4.5
- Prolongada	48	53.9

* PCE = Pacientes de Consultorio Especializado.

Sesenta por ciento (53/89) percibía la enfermedad como algo superado. De éstos, 50.9% sostuvo que podía ingerir alcohol moderadamente, sin consecuencias adversas, de lo que se infiere que no tenían conciencia de enfermedad.

Motivaciones y agentes influyentes en la decisión de ingreso a tratamiento y mantención de la abstinencia

Las "motivaciones más relevantes para ingresar a tratamiento" fueron de carácter familiar: 73% mencionó a la familia —como grupo— entre las tres primeras prioridades; sin embargo, fue motivación primordial sólo para el 39.3% (35/89). Le siguieron la percepción del deterioro de la salud física y mental y la de orden económico-laboral, muy cercana a la autoestima y deseo de aceptación social. La conciencia de enfermedad estaba presente sólo en 25.8%, constituyendo primera prioridad en 7 de los 89 casos.

El análisis por edad mostró que la motivación familiar constituía la primera prioridad sólo para el 55% de los menores de 40 años, aumentando a 84.4% sobre esa edad. Al relacionar las motivaciones con la estabilidad y existencia del vínculo de pareja se vio que, independientemente del estado civil y tipo de vínculo, las de orden familiar fueron las más decisivas, fluctuando entre 60% (solteros), 80% (separados) y 84% (casados y convivientes) $p < 0.05$. Por otra parte, casados y separados otorgaron mayor importancia a la aceptación social y deseo de autoimagen positiva que solteros y convivientes, 52.6% (<30/57) y 30% (9/30), respectivamente ($p < 0.05$). Las razones restantes no mostraron variaciones significativas.

Se observó una tendencia a otorgar menos importancia a la motivación familiar en el grupo de mayor nivel educacional (62.5% contra 78.9%); sin embargo éste reconoció en mayor proporción ser enfermo alcohólico: 34.4% versus 21% (no significativo). Al relacionar las motivaciones con la estabilidad laboral y el tipo de bebedor, no se observaron tendencias definidas.

Las motivaciones difieren entre pacientes con y sin fracasos de tratamiento (X^2 crit: 9.49; X^2 obs. 15.28%). Para el primer grupo, la fuerza principal fue el deseo de relaciones familiares armoniosas y estables (84.2% de ellos), el que se redujo a 64.7% en quienes estaban en su primer tratamiento ($p < 0.05$). Sin embargo, ambos grupos manifestaron similar conciencia de enfermedad (26.3% y 25.5%).

Respecto a la persona que más influyó en la incorporación a tratamiento, en: 58.4% fue un fami-

liar (pareja, hijo, otro); en 11.7% un enfermo recuperado, en 10.4% amigos, y otras personas en 19.5%. Cuando el inductor pertenecía a la familia, 86.7% manifestó como primordial su preocupación por la estabilidad familiar; cuando no provenía de ella, sólo 56.5% reconoció esta importancia ($p < 0.05$), siendo prioritarios el deseo de mayor autoestima y aceptación social (53.1%). En cambio, cuando se señaló a un familiar, éstas se redujeron a 40%.

Los familiares despertaron en el paciente la inquietud de ser enfermo alcohólico sólo en un 22.2%; la que subió a 33.3% cuando el inductor fue un alcohólico recuperado. Se apreció menor conciencia de enfermedad en quienes no vivían con familiares, 19% versus 28.4%.

Del análisis del tiempo de ingesta previo al inicio del tratamiento, se obtuvo que las causales familiares fueron algo mayores en el grupo con 15 y más años de ingesta: 77% versus 64.3%, de quienes tenían un tiempo de ingesta inferior.

Al relacionar tipo de abstinencia con motivaciones, en el 60% de abstinentes relativos primó la sensación de deterioro físico y/o mental y en un 51% las razones económico-laborales. En aquellos con abstinencia absoluta, estas mismas razones representaron 43% y 37% respectivamente, y primó el deseo de mayor autoestima y aceptación social: 56.7% y 39% (no significativo).

Las "causas más relevantes de mantención de abstinencia" continúan siendo las familiares y las de bienestar físico y mental (67.4% y 43.8%), muy cercanas a la necesidad de autoestima y aceptación social, mencionadas por el 42.7%. Sin embargo, aunque con baja frecuencia, emergen como nuevas motivaciones en esta etapa la observación de conductas alcohólicas y la influencia de organizaciones rehabilitadoras, cada una mencionada por 5 personas (5.6%).

En tabla 2 se presenta la prioridad y variación porcentual de las 5 principales fuerzas declaradas como inductoras para someterse a tratamiento y persistir en abstinencia: si bien las motivaciones de carácter familiar y de salud física y/o mental constituyen las dos primeras prioridades, en ambas circunstancias éstas disminuyen su poder reforzador con posterioridad al inicio del tratamiento, de 73% a 67.4% y de 53.9% a 43.8% respectivamente. Las de orden económico-laboral son desplazadas del tercero al cuarto lugar por el deseo de autoestima y aceptación social.

Cabe destacar que la conciencia de enfermedad (aunque se mantiene en quinto lugar) aumentó de 25.8 a 33.7% como incentivo de adherencia al tratamiento. Esto representa un aumento relativo de 30.6%, el que, sin embargo, no logró superar en importancia a las otras cuatro mencionadas que presentaron una variación porcentual negativa, que fluctuó entre -18.7% y -4.8%. Estos extremos están representados por la relevancia inicial otorgada a los aspectos de bienestar físico y mental y a los relacionados con la autoimagen y aceptación social.

Cambios ocurridos y percibidos en las condiciones de vida desde el inicio del tratamiento

Son sorprendentes los cambios del área laboral al comparar la situación actual con la de inicio del tratamiento: 51.2% poseía trabajo estable y 34.5% ocasional, reduciéndose a 43.7% y 24.1%, a expensas del aumento de cesantes (de 9.5 a 15.0% y jubilados: 4.8 a 17.2%), X^2 crit.: 9.49; X^2 obs.: 10.95.

Respecto a la estabilidad de pareja sólo se observó un leve ascenso de 56 a 60.7%, debido a una mayor proporción de convivencias de personas inicialmente solteras (de 24.7 a 15.7%). Sin embargo, casi 80% (71/89) reconoció haber mejorado sus

TABLA 2

Prioridad, frecuencia y variación porcentual de las cinco principales motivaciones para iniciar tratamiento y mantener abstinencia

Motivación	Prioridad		%		Variación % (*)
	Inicio	Mantención	Inicio	Mantención	
Familiares	1	1	73.0	67.4	- 7.7
Salud física y/o mental	2	2	53.9	43.8	-18.7
Económico/laboral	3	4	46.1	39.3	- 7.4
Autoimagen y aceptación social	4	3	44.9	42.7	- 4.8
Conciencia enfermedad	5	5	25.8	33.7	+30.6

(*) En relación a su valor inicial.

relaciones y funcionalidad familiar; 61.8% declaró mayor satisfacción económico-laboral; 46.1% aumento de la autoestima y 30.8% de aceptación social.

No se observó variación considerable en aspectos religiosos.

Comparación de dos estudios

Al comparar éste con el efectuado en IIR, se concluye que: ambos grupos son similares en edad, escolaridad y religión. Las diferencias porcentuales respecto a sexo, estabilidad laboral y de pareja no fueron estadísticamente significativas. Tampoco las edades de inicio de la ingesta (35.2 y 32.6% antes de los 16 y 10.4 y 64% antes de los 21 años), ni los años de ingesta previa al tratamiento (52 y 56% superaban los 20 años). Sin embargo, la Tabla 3 (3.1) refleja que los pacientes IIR y PCE difieren en la edad en que iniciaron la terapia (X^2 crit.: 7.81; X^2 obs.: 10.1). El 46.3% de los IIR ingresó antes de los 40 años, condición observada sólo en el 29.2% de los PCE ($p < 0.05$). Así, antes de los 50 años lo hizo el 87% de los IIR y sólo 68.5% de los PCE ($p < 0.05$), la proporción de PCE que ingresó sobre esta edad alcanzó a 31.5% versus 13% de IIR ($p < 0.05$). Cabe señalar que el grupo de IIR declaró fracasos de tratamiento sólo en 27.8% versus 42.7% de los PCE ($p < 0.05$).

De igual forma, se estableció una diferencia altamente significativa en el tipo de abstinencia absoluta: 77.8% para el primer grupo y 33.7% para PCE ($p < 0.05$) y absoluta prolongada, 40.7% y 24.7% ($p < 0.05$).

Del análisis comparativo sobre agentes de mayor influencia e incentivos para iniciar y mantener abstinencia se apreció que tanto las motivaciones de ingreso a tratamiento como la persistencia difieren entre ambos grupos, así como la influencia que éstos le atribuyeron a algún miembro de la familia. El 90.7% de IIR asignó un rol primordial a algún familiar y el 24.1% a un enfermo recuperado, siendo mencionados sólo por el 58.4 y 11.7% de PCE ($p < 0.05$).

Aunque ambos grupos reconocieron como inductor principal a la familia, las motivaciones de ingreso entre IIR y PCE difieren (X^2 crit.: 12.59; X^2 obs.: 33.52). Estas están determinadas por la importancia asignada por los PCE a su deteriorado estado de salud (54% versus 26%; $p < 0.05$) y a la influencia ejercida en los IIR por una organización rehabilitadora, así como haber tenido problemas policiales ($p < 0.05$). Los IIR fueron inducidos con mayor frecuencia por tener conciencia de enfermedad y por el

deseo de mayor autoestima y aceptación social; los PCE por problemas económico-laborales. Aun cuando las causales familiares disminuyen como reforzadoras de adherencia al tratamiento, continúan siendo el incentivo primordial. El análisis del total de incentivos para ambos grupos determinó diferencias significativas (X^2 crit.: 14.7; X^2 obs. 16.79).

En Tabla 3 (3.2) se observa que la diferencia fundamental radica en haber adquirido conciencia de ser alcohólico en el caso de los IIR (64.8%), motivación que comparte el primer lugar con el deseo de mantener una familia funcional. Los PCE manifestaron conciencia de enfermedad sólo en 33.7%, ocupando el quinto lugar ($p < 0.05$). Se suma a esto la valoración diferencial otorgada a la organización rehabilitadora y a la observación de conductas de alcohólicos (27.8 y 18.5% versus 5.6%) $p < 0.05$.

Es relevante que al momento del estudio todos consideraban haber experimentado cambios positivos en algunas o varias áreas de su vida: familiar, laboral, autoestima, aceptación social y mayor funcionalidad y autonomía.

TABLA 3

Comparación de las edades de inicio de tratamiento actual y de las cinco primeras motivaciones de mantención de abstinencia, declaradas por 54 IIR y 89 PCE

3.1. Edad de inicio de tratamiento (años)	IIR %	PCE %	Z crit. 0.05 ± 1.96	
< de 40	46.3	29.2	Z obs. = 2.07	
< de 50	87.0	68.5	Z obs. = 2.5	
50 y +	13.0	31.5	Z obs. = 2.5	
3.2. Motivaciones	Prioridad		%	
Familiares	1	1	64.8	67.4
Conciencia enfermedad	1	5	64.8	33.7
Autoimagen y aceptación social	3	3	50.0	42.7
Bienestar físico y/o mental	4	2	44.4	43.8
Económico/laborales	5	4	42.6	39.3

DISCUSION

Este estudio aporta información sobre: características de alcohólicos en tratamiento en un consul-

torio especializado (PCE) y de algunos factores condicionantes que incidirían en su rehabilitación. Al mismo tiempo se establecen parámetros de comparabilidad con otro estudio (IIR).

En PCE se encontró gran similitud con hallazgos previos en cuanto a características sociodemográficas y culturales: edad, religión, estabilidad laboral y de pareja (2,9,10). Sin embargo, se visualizaron leves diferencias: el grupo de PCE tenía una mayor proporción de mujeres (13.5%) que lo informado habitualmente (2,10). Por otra parte, el analfabetismo (8%), sumado a la educación básica incompleta, superó el 50% que siendo congruente con el 52% del estudio en IIR (2) es discordante con estudios similares que hacen referencia a población de menor grado de instrucción (1,7,10).

Aunque se detectó una mayor precocidad en el inicio de la ingesta alcohólica que lo informado por Medina (8), 64% versus 29% antes de los 21 años, fue concordante con lo señalado por Thomas *et al.* e Ivanovic-Zuvic (2,10), quienes proporcionan cifras que ascienden al 70%; hecho preocupante, ya que se afirma que un adulto requiere de cuatro años de consumo excesivo y un adolescente sólo de 6 a 12 meses para llegar a ser alcohólico (10). Al respecto, hallazgos en personas cuya edad de inicio fluctuó entre los 10 y 25 años, con un promedio de 14.6 años de edad, informan que el período que media entre el contacto inicial con el alcohol y la aparición de la dependencia física es de 15.5 años (9). Este antecedente podría implicar que, a lo menos, un tercio de los PCE ya presentaba dependencia física a los 30 años y dos tercios a los 35 años de edad. Si se considera además que sólo 42% se sometió a tratamiento antes de los 40 años, se confirma lo señalado por Pemjean: "El paciente no acepta su enfermedad como tal, recurriendo a la ayuda médica en una avanzada etapa crónica del proceso".

Si se relaciona este antecedente con el 69% de PCE que inició tratamiento con ingesta superior a 15 años y que, de éstos, el 56% declaró haber sido bebedor durante 21 años o más, se podría estimar que el éxito terapéutico es de mayor dificultad. A esto se agrega que el 54% correspondía a alcohólicos inveterados, variables que en conjunto son consideradas de peor pronóstico.

Desalienta la alta proporción de PCE con fracasos previos, mayor que la de otros estudios (2,9), así como la baja cantidad que mantenía abstinencia absoluta, y la alta proporción sin conciencia de enfermedad contrasta con el 100% que informa Midler, a 6 meses del ingreso a un centro de recuperados alcohólicos.

Los resultados sobre motivaciones y agentes

inductores para solicitar atención médica son concordantes con hallazgos de los estudios citados.

En primer plano, se menciona el deseo de mantención y/o restitución de lazos familiares armónicos, constituyendo las figuras más significativas: la pareja, hijos y otros familiares; causales y agentes que si bien se mantienen en primera prioridad como incentivo de adherencia, bajan en importancia relativa respecto al valor inicial. Le siguen la recuperación de la dignidad personal, autoestima y aceptación social, así como la sensación de bienestar físico y mental y las económico-laborales. En último término se menciona la conciencia de enfermedad, la que aumenta durante la terapia alcanzando sólo a un tercio. Merece mencionarse el estudio de Mahaluf (3): "La conciencia de enfermedad no parece ser lo más importante para la abstinencia, la que es superada por: la dignidad personal, la estabilidad familiar y laboral, la aceptación por el grupo de iguales y el sentimiento de pertenencia e identificación".

Una instancia propicia para la reinserción social es la incorporación a clubes de recuperados, lo que incrementaría la red de apoyo social, el protagonismo en la recuperación y en la rehabilitación de sus pares, el compartir intereses comunes y desarrollar actividades que incentivan la integración familiar, y le proporcionan sensación de cohesión, pertenencia, aceptación, afecto y autonomía, sin recurrir al alcohol. Estos aspectos deben reforzarse con una acción conjunta multidisciplinaria e intersectorial.

Si bien se han efectuado múltiples esfuerzos para establecer parámetros orientados a la obtención de terapias más eficaces, han carecido de una visión holística y de continuidad, lo que trasciende la atención médica. Por ello, deben integrarse los esfuerzos de instituciones y grupos y considerar los intereses de la comunidad.

Los resultados confirman que la recuperación global es más favorable en quienes participan activamente en un grupo de iguales, fundamentada por los siguientes hallazgos: iniciación más precoz del tratamiento, disminución de fracasos terapéuticos y de recaídas, mayor conciencia de enfermedad y mantención de abstinencia absoluta. Además, mientras que para los IIR priman los incentivos de aceptación, reconocimiento, autoestima y mayor autonomía, para los PCE persiste como segunda prioridad la sensación de deterioro. Queda la impresión de que los IIR, además de tener una red más amplia de apoyo social, cuentan con mayor apoyo incondicional de su familia (91% la consideró agente de mayor influencia versus 58% de los PCE). Estos antecedentes podrían considerarse pilares fun-

damentales, inhibidores y protectores, que contribuirían a que no se presente el apetito patológico, o se neutralice como única alternativa de solución frente a un estado displacentero, fortaleciendo la capacidad de resistencia frente al deseo de ingestión.

REFERENCIAS

1. Miller, P. *et al.* Centro de Recuperados Alcohólicos. Bol. Hospital Viña del Mar, vol. 48 N° 1; 7-11; 1992.
2. Thomas, E.; Alvarado L. *et. al.* Factores que inciden en la incorporación a tratamiento antialcohólico y mantención de la abstinencia en afiliados a instituciones rehabilitadoras. Cuad. Med. Soc. XXXIV, 2 y 3; 56-62; 1993.
3. Mahaluf, J.; Díaz, B.; Schmidt, E. Conciencia de enfermedad y abstinencia absoluta en un grupo de alcohólicos en rehabilitación. Rev. Psiquiatría Clínica 29, p. 65-73; 1985.
4. Estela, R. Hamame, A.; Loyola, M.; Varas, P. Evaluación de un programa de prevención secundaria del alcoholismo. Minsal, 1981, pp. 203-209.
5. Florenzano, R. Evaluación de métodos de tratamiento del alcoholismo: consideraciones metodológicas. Cuad. Méd. Soc. 1984, Vol. XXV N° 2, pp. 49-55.
6. Bello, S.; Salinas, M.; Ruiz, A. Evaluación de un programa prevención secundaria del alcoholismo. Indicadores de valor pronóstico. Rev. Méd. Chile 107, 1979, pp. 1047-1052.
7. Sarue, E. Aproximación antropológica a un club de abstemios. Cuad. Méd. Soc., Vol. XXI, N° 1, pp. 98-106.
8. Medina, E.; Dobert, M. Abstinencia prolongada en ex alcohólicos afiliados a organizaciones rehabilitadoras. Minsal, 1981, pp. 267-287.
9. Ivanovic-Zuvic; Salfate S.; *et al.* Estudio descriptivo y factores pronósticos del alcoholismo en la comuna de Peñaflor. Rev. Psiquiatría IV: 207-216, 1987.
10. Langdon Cecilia. Artículo sobre: Programas de Prevención del abuso de alcohol y drogas, pág. 105. Texto: Juventud y participación intersectorial. C.P.U., 1995.