

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

EL ALCOHOLICO HOSPITALIZADO COMO PROBLEMA MEDICO SOCIAL

EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Tesis presentada a la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar el título de Licenciada en Servicio Social.

Ma. Cristina Elizondo Barrientos

TRIBUNAL EXAMINADOR

Pbro. Francisco Herrera M.

Lic. Luis Casafont R.

Dr. Otto Jiménez Q.

Irma Morales de Flores.

San José- Costa Rica

Diciembre 1968

A la Memoria de mi Padre
Silvano Elisondo Ol
Carifosamente a mi madre
María Barrientos de E"

SINCERAMENTE EXPRESO MI ETERNA GRATITUD A LAS SIGUIENTES PERSONAS QUE EN FORMA DESINTERESADA ME AYUDARON EN LA REALIZACION DE MI TESIS Y QUE CON SU CONSTANTE APOYO ESPIRITUAL ME ANIMARON EN TODO MOMENTO:

PERO. FRANCISCO HERRERA MORA
Director de Tesis

LIC. MARIA DE LOS ANGELES DE
ULLOA

SRTA. CECILIA VARGAS FALLAS

SR. VICTOR MANUEL TORRES

- CARINOSAMENTE A TODAS MIS COMPANERAS -

"LOS PROBLEMAS DE REHABILITACION DE ALCOHOLICOS ESTAN LEJOS DE ENCONTRARSE RESUELTOS. LA CURACION ES COSA QUE NO EXISTE PERO SU ENFERMEDAD PUEDE DETENERSE CON EXITO Y LAS PERSPECTIVAS ACTUALES NOS BRINDAN MAYORES ESPERANZAS."

JOHN C. FORD S.J.
"Alcoholismo" 1953

INDICE

INTRODUCCION.....Pág. No.1

I PARTE

CAP.1.....Pág. No.5

EL ALCOHOLICO COMO UN ENFERMO FISICO Y SIQUICO

CAP.II.....Pág. No.15

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO

CAP.III.....Pág. No.23

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS COMO UN HOSPITAL GENERAL

CAP.IV.....Pág. No.28

EL SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

II PARTE

~~CAP.1~~.....Pág. No.53

EL ALCOHOLICO Y SU FAMILIA

CAP.~~1~~IIPág. No.62

LA ACTITUD DEL ENFERMO ALCOHOLICO Y SU FAMILIA ANTE EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO

CAP.III..... Pag. No.69

EL ALCOHOLICO HOSPITALIZADO Y LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS -
POR EL EN LA INSTITUCION

CAP.IV.....Pág. No.80

EL ALCOHOLICO HOSPITALIZADO Y LOS PROBLEMAS MEDICO SOCIALES QUE PRESENTA A LA INSTITUCION

CAP. V..... Pág. No.88

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

APENDICE..... Pág. No.91

BIBLIOGRAFIA Y ENCUESTA UTILIZADA.....

EL ALCOHOLISMO HOSPITALIZADO COMO PROBLEMA MEDICO
SOCIAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION

Siendo el problema del alcoholismo una enfermedad y por lo tanto íntimamente relacionado con el aspecto de salud, y no contándose actualmente, relativamente con una aceptación de este tipo de pacientes de parte del personal del Hospital San Juan de Dios, entre otras causas por ser considerados los alcohólicos como personas difíciles de tratar, lo cual es debido, tanto al aparente rechazo general que existe del alcoholismo como enfermedad, como a la complejidad del problema, he querido estudiar un aspecto de dicho problema; el relacionado con la hospitalización del enfermo alcohólico, enfocándolo desde el punto de vista de la Institución, así como del paciente mismo. Por lo anterior, he titulado este trabajo "El Alcohólico Hospitalizado como problema Médico Social en el Hospital San Juan de Dios". Es interesante observar que muchos alcohólicos al llegar a etapas más avanzadas de su padecimiento, en las cuales deben ser hospitalizados, no han recibido ninguna orientación respecto a su problema y desconocen que para ellos existe la posibilidad de recuperarse de su enfermedad; aún más, no se consideran enfermos y atribuyen su "vicio" a falta de fuerza de voluntad, creyendo unos que en cualquier momento pueden hacer uso de esa "fuerza de voluntad" para vencer el "vicio" y momento que generalmente nunca llega a convertirse en realidad; otros, más avanzados en su procedimiento, consideran -

que en verdad sufren una enfermedad, pero que esta los ha vencido en tal forma que no encuentran salida a su problema.

Lo anterior trae como consecuencia que este tipo de paciente se convierta en un problema médico social, entendiendo por esto una situación que es problemática desde ambos puntos de vista y que se influyen mutuamente. Así tenemos que la pérdida de interés hacia la vida y hacia todo lo que no sea alcohol, de parte del paciente y a veces la indiferencia de parte de nuestro personal, especialmente del médico que se siente interesado casi exclusivamente por el aspecto orgánicos, se refleja en el aspecto de salud; encontramos que el paciente utiliza los servicios del Hospital sólo como un medio para desintoxicar su organismo y encontrarse físicamente restablecido o mejor dicho preparado para la próxima "tanda". Por supuesto que no asiste a control médico y generalmente pide salida exigida abandonando el tratamiento.

Cuando el alcoholismo ha hecho destrozos considerables en el enfermo alcohólico, apareciendo las complicaciones tan características que no pocas veces le causa la muerte, tenemos un paciente con frecuentes reingresos y para cuya recuperación física ya la medicina se muestra impotente, pues a pesar de saber el peligro que su vida corre, el enfermo antepone el licor al tratamiento médico.

En el aspecto social, la experiencia nos ha demostrado que el enfermo alcohólico hospitalizado frecuentemente ha roto los lazos afectivos con sus familiares, por lo que-

ha menudo no cuenta con un lugar a donde regresar al ser dado de alta, debiendo permanecer en el Hospital más tiempo del necesario. Lo anterior constituye un problema mucho más serio cuando se trata de un paciente de edad avanzada.

Este trabajo tiene como base las siguientes hipótesis:

- 1.-Dadas las características del enfermo alcohólico y las del Hospital San Juan de Dios, esta Institución no es la más adecuada para su tratamiento, que como se sabe en la actualidad, debe ser integral, tomando en cuenta los diversos aspectos de la enfermedad, sobretodo el fisico, el síquico y el social.
- 2.-El enfermo alcohólico no es aceptado por el personal del Hospital que está más directamente relacionado con él, concretamente médicos y enfermeras.

Método Utilizado:

Para este estudio tomé un número de cincuenta pacientes muestra del total de pacientes hospitalizados en el año 1967 que fue de ciento cuarenta y uno; consideré un universo de noventa y uno ya que el grupo de los cincuenta restantes está formado por pacientes de lugares muy lejanos, y de los fallecidos. Este número fue el que registró nuestros archivos, por diagnóstico médico primario o secundario de "alcoholismo".

Este número no es la cifra total, ya que los pacientes hospitalizados por las enfermedades desarrolladas por -

causa directa o indirecta del alcoholismo, o sea las complicaciones de este padecimiento, no están incluidas aquí.

La muestra indicada la tomé al azar.

Es importante indicar, que en la opinión que muchos pacientes tienen, de ser rechazados por el personal médico y enfermería, influye mucho el aspecto subjetivo determinado por su personalidad alcohólica, muchos de ellos sumamente deteriorados, por la enfermedad, que incluye delirios de persecución así como la actitud de rebeldía ante el tratamiento médico ya que fueron traídos en forma obligatoria por sus familiares. Por el contrario, algunos se mostraron inhibidos al dar la información, por ser la suscrita representante de la Institución.

Para la recolección de los datos necesarios, utilicé una boleta probada con anterioridad con cinco pacientes alcohólicos; la técnica utilizada fue la de la entrevista practicada con el enfermo y su familia cuando contaba con ésta.

Como otras fuentes de información, entrevisté a diez médicos de este Hospital e igual número de enfermeras, tratando de incluir aquellos servicios donde con mayor frecuencia se hospitalizan los pacientes alcohólicos, como son los de Medicina y Cirugía, así como del Servicio de Emergencias, donde por lo general son llevados los enfermos alcohólicos; aquí también cabe mencionar el elemento de subjetividad, que acompaña la opinión emitida por estos funcionarios.

1 PARTE

Capítulo Primero

EL ALCOHOLICO COMO UN ENFERMO FISICO Y PSIQUICO

Encontramos que el alcohólico es reconocido como tal, desde tiempos antiguos, como una persona que abusaba del uso del alcohol y así vemos ya citas de este problema, en la Biblia, en el libro de los Proverbios; también, encontramos el alcohol como parte de las costumbres de civilizaciones primitivas; desde esa época podemos decir, que datan también los problemas de alcoholismo.

Si tomamos en cuenta lo anterior, deducimos que hace relativamente, poco tiempo, que este problema ha sido tomado como una responsabilidad comunal y estatal y sobre todo médica; encontramos así, que fue en 1950 que la Asociación Médica de los Estados Unidos, catalogó el alcoholismo como una enfermedad crónica y la aceptó como una responsabilidad para la profesión médica y lo mismo hizo la Organización Mundial de la Salud (rama de las Naciones Unidas) definiendo el alcoholismo como "Una enfermedad crónica que se manifiesta como trastornos de la conducta". Se caracteriza por el consumo repetido de bebidas alcohólicas a un grado que excede el consumo habitual en la alimentación o cumplimiento de costumbres sociales en la comunidad y que interfiere con la salud del bebedor o con su situación económica o social.*(1)

*(1)- Publicación del Centro Regional de ayuda técnica Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D). Alcoholismo pág.1 2da. edición México 1968.

El Centro de Investigaciones de la Universidad de Yale define al alcoholismo como "Una enfermedad progresiva que se caracteriza por un desajuste emocional y social y por una dependencia compulsiva del alcohol"(2)

El Dr. William Duncan Silworth, afirma lo siguiente: "Creemos nosotros y así lo hemos sugerido que la acción del alcohol en estos alcohólicos crónicos es la manifestación de una alergia; que el fenómeno de la desesperación por el licor se limita a esta clase de bebedores y nunca es de notarse en el atemperamentado bebedor normal. Jamás pueden tales sujetos alérgicos tomarlo en cualquier forma que sea sin correr peligro". (3)

Reafirmando el criterio de que el alcohólico es un enfermo físico y emocional, el Dr. Reynaldo Ponce de Avalos dice que "El Alcohólico no es el individuo que bebe, ya que algunos toman para cumplir ritos religiosos, otros para hacer amigos; sino el que por un desajuste emocional, toma en forma compulsiva o sea no puede hacer menos que beber". (4)

En realidad, la experiencia diaria con alcohólicos parece demostrar que el alcohólico tiene fundamentalmente una base de trastorno emocional que lo obliga a ingerir cada vez más bebidas alcohólicas aún sabiendo que esto lo lleva a su autodestrucción. La moderna opinión siquiátrica es la

*2- Ponde de Avalos Reynaldo. Alcoholismo pag. 10-lera. edición Nicaragua 1955.

*3- Publicación de Alcohólicos Anónimos pag. 6 -3era edición Editorial Gamna Ltda. Medellin Colombia 1965.

*4- Ponde de Avalos Reynaldo. Alcoholismo pag. 11-lera edición Nicaragua 1955

de que el hombre ha recurrido con frecuencia al alcohol para enfrentarse a los problemas y crisis que se le presentan en su continua lucha para ajustarse a las demandas de su ambiente.

Con base en las opiniones citadas podemos decir que el alcohólico es un enfermo psíquico ya que por lo general , son las deficiencias en esta área y la satisfacción de este tipo de necesidades, las que lo llevan al alcoholismo; son pocos los pacientes que llegan a ser alcohólicos y cuya historia personal no revela conflictos emocionales.

Decimos que el alcohólico es un enfermo físico - ya que los efectos en el organismo son tan destructivos - que por lo general es un cliente de los hospitales, vícti-ma de graves padecimientos, producidos en su mayoría por - la avitaminosis que prepara su organismo a todo tipo de enfermedades, siendo las más comunes las gastritis, que frecuentemente degeneran en úlceras, las cardiopatías alcohólicas, las cirrosis epáticas y otras complicaciones como - las polineuritis y el síndrome de Korsakoff.

La descripción que el doctor Jellineek, hace de las fases psicológicas del alcoholismo, ayuda enormemente a comprender por qué afirmamos que el alcohólico es un enfermo - síquico y físico.

El Dr. E.M. Jellineek miembro de la O.M.S., indica - que la cualidad compulsiva del tomador es progresiva, ya sea rápida o lenta y que pueden distinguirse en este proceso de adicción cuatro fases a saber: *(5)

Primera Fase (Pre- Alcohólica)

El inicio de la carrera alcohólica obedece generalmente a motivos sociales, pero algunos experimentan con el primer trago u alivio más notorio que los otros, y una disminución de tensión; esta fase puede durar de seis meses a dos años y se llama Pre- Alcohólica. Ha experimentado el sujeto que debe aumentar cada vez más la dosis de alcohol. Esta fase puede dividirse en dos etapas:

- a) Tomador ocasional
- b) Tomador constante.

Sin embargo las cantidades ingeridas no pasan de ser sedante.

Segunda Fase (Prodromo)

Es marcada esta fase con la aparición de un estado semejante al "blockout" que es más frecuente; alta sus susceptibilidad al licor (El metabolismo de sus neuronas es afectado por pequeñas cantidades de licor)^X. Puede experimentar Delirium Tremens y merma de su libido al igual que en las fases siguientes.^X Su conducta muestra que para el sujeto el alcohol ha llegado a convertirse en una droga necesaria; toma a escondidas en las fiestas o antes de éstas o después de éstas lo que lo hace desarrollar cierto sentimiento de culpa. Experimenta algunas molestas de "goma". Puede aún discutirse con él el problema pues todavía mantiene algún control, dura de -

*5-Ponde de Avalos Reinaldo. Alcoholismo pag.99 lera edición Nicaragua 1955.

seis meses a cuatro o cinco años según los rasgos de la personalidad básica, equilibrio orgánico del paciente, relación que guarde con su familia, amigos que tenga y el interés demostrado por las cosas.

Tercera Fase (Período crucial)

El alcohólico continúa buscando la forma como aprender a beber y en esta búsqueda quiere probar a tomar sólo dos tragos y termina emborrachándose; esto le causa sorpresa y disgusto y trata de dominar el impulso, teniendo período más o menos largos de abstinencia, por lo que adquiere seguridad en sí mismo lo que lo hace tratar de probar si ya aprendió a tomar, llegando a una nueva intoxicación. Los cambios metabólicos se manifiestan y es posible que se den ya las enfermedades asociadas y que tenga su primera hospitalización. Su beber se hace incontrolable, sus sentimientos hacia la bebida son contradictorios; teme a la bebida y a la vez a la abstinencia.

Pueden haber transcurrido de seis a veinte años desde el día en que tomó el primer trago; esta pérdida de control supone existencia de un factor X (desconocido) predisponente, que puede ser de naturaleza psicológico o fisiológico.

No acepta al alcohol como causa de sus molestias y emplea cierto tipo de razonamiento para justificar su bebida; a pesar de eso un complejo de inferioridad lo va dominando y trata de compensarlo con ideas de grandeza, siendo difícil distinguir aquí a un neurótico de un sicópata.

Comienza a sentir verdaderos blockouts o pérdidas-completas de la memoria. Su sistema de racionalización lo lleva a islamiento, ya que aquel le ha hecho creer-que la falla no está en él sino en los otros; esto se manifiesta en una marcada agresividad que agrava sus -sentimientos de culpa, los cuales al darle mayor ten-sión, de nuevo lo inducen a tomar.

Puede lograr aún períodos de abstinencia y trata -por una serie de modos, de aprender a beber; su lucha-le produce mayor hostilidad y busca ya que las obliga-ciones no interfieren en su bebida. Los efectos físicos son observables, a consecuencia de su desnutrición y es reconocido por todos como alcohólico, quizás por él mis-mo. Pueden haber pasado de cuatro a seis años desde el-primer blackout.

En esta fase, ya la vida sin el alcohol no tiene im-portancia, es más notable su patología alcohólica que la patología de su personalidad; en los organismos jóve-nes hay una merma sensible de su funcionamiento sexual-debido a las intoxicaciones; esto lo vuelve hostil con su esposa a la que por lo general ceta.

Es muy probable que se de la pérdida del empleo, ini-ciándose entonces la última fase que es la crónica.

Cuarta fase (Crónica)

Se caracteriza por el continuo beber, con la consi-guiente merma de su moral y resistencia física; tiende-a beber con gente de más bajo nivel social para sentir-

se menos culpable y su tolerancia al alcohol disminuye; se intoxica con la mitad de lo que antes tomaba; apenas el alcohol sale de su cuerpo, sus temores y ansiedades - así como los temblores aumentan, por lo que necesita pa- sar intoxicado permanentemente; su bebida toma carácter de obsesión; es aquí donde en ocasiones llega al conven- cimiento de que no puede controlar su bebida y se decide el destino definitivo del alcohólico, pues o acepta las- necesidades de ponerse en tratamiento o sigue tomando , - lo que lo lleva a la muerte o a la locura.

Considera Jellineck que a pesar de lo anterior - cualquiera que sea la fase en que el enfermo se encuentre nunca es tarde para lograr su recuperación.

Con base en lo anterior este autor hace una clasifi- cación de los alcohólicos indicando seis tipos de ellos a saber: *6)

1- Tomadores moderados o sociales

Los que saben controlarse al tomar y nunca llegar a intoxicarse.

2- Tomadores en exceso sin problema

Son los conocidos como juerguistas; son indivi- duos sanos que se divierten al extremo; desgracia- damente están expuestos a entrar un día de tantos en el grupo de adictos o más probablemente en el de los enfermos alcohólicos crónicos.

3- Tomadores excesivos con problemas

4- Pre-adictos al alcohol

Los de ambos grupos son los llamados "escapistas"

o sea los que toman el alcohol como un medio de es
cape y que habiendo tomado un trago, pierden el con
trol de su personalidad, en conflicto; se encuentran
aquí los débiles, retardados mentales, sicóticos etc.

5- Adictos.

Pertenecen los tomadores compulsivos, verdaderos al
cohólicos o verdaderos enfermos; su alcoholismo es -
su "Modus vivendi" se llaman también "bebedores pro-
blema".

6- Adictos con complicaciones.

Los que han desarrollado cambios patológicos en su -
cuerpo o en su mente a fuerza de mucho beber a lo lar
go de tantos años.

Los del tipo cuatro en adelante y a veces también los
del tipo tres suelen emigrar por más o menos tiempo -
bajo la influencia del licor, como huyendo de sí mis-
mo. Pero el final de todos, sino se recuperan es la -
locura o la muerte que no deja de ser también una mi-
gración.

Estos seis tipos de alcohol pueden reducirse a dos:

a) Tomadores compulsivos primarios

Las personas originalmente mal ajustadas o inadapta -
das desde antes de ser alcohólico. Con un desarrollo
emocional anormal ya en la infancia y adolescencia, -
manifestada en una inhabilidad para competir con o -
tros en forma espontánea sin sentir gran ansiedad y

*6-También Ponçe de Avalos Reynaldo. Alcoholismo pag.108 -
edición No.1 Nicaragua 1955.-

hasta miedo al entrar en contacto con personas del -
sexo opuesto. Estos hombres y mujeres usualmente til
dados de neuróticos son los que descubren en el alco
hol un escape a sus dilemas; su bebida es también lla
mada sintomática, valiéndose de ella como de una mule
ta para manejarse dentro de su organizada vida emocio
nal. Por consiguiente su problema es agravado dándose
a menudo regresiones a etapas anteriores de la vida -
en las que sustituyen el biberon con la botella de al
cohol. Es en él sentido médico un enfermo de cuerpo y
de alma.

b) Tomadores compulsivos secundarios.

Llamados también "alcohólicos normales" se diferencian
de los otros en que antes de empezar su carrera alcohó
lica eran para todo propósito personas razonablemente-
ajustadas. Por lo general se trata de un paciente ex -
trovertido en mayor grado que sus amigos, lo que lo in
duce a esforzarse para atraer la atención sobre él, y
destacarse pudiendo ser hasta un líder de su grupo; y
ese mismo entusiasmo lo lleva al iniciar su bebida y-
destacarse como tomador lo que lo convierte en un toma
dor excesivo con las consiguientes rebajas de su descri
minación o discernimiento de su eficencia y sensibili
dad, resultando todo lo contrario de lo que fue y tene-
mos así a un trabajador descuidado, un padre o marido -
cada vez más despreocupado y para todos un ente de cre-
ciente agresividad que lo hará cada vez más indeseable,
engendrando problemas económicos, sociales, familiares,

fisiológicos etc., llegando a ser un tomador compul-
sivo y su fase final es alcanzada, cuando el mundo -
fantástico de su intoxicación es más atractivo que
el real. En este tipo de alcohólico es decisiva la-
influencia del factor social en su formación.

El tipo primario y el secundario es un período a-
vanzado, pueden dividirse en otros dos subtipos:

1.- Tomador adicto verdadero

Es el que siente placer con la característica de u
na bebida descontrolada por su deseo ardiente de pre
nderse al placer que ella le da, por lo que su recupe-
ración resulta más difícil; se agregan rasgos neuróti-
cos o sicóticos como reacciones histéricas, obsesivas,
compulsivas, maniaco depresivas etc.

2.- Tomador sintomático

No acusa esta sensación de placer, si la pérdida -
del control del anterior; su bebida es regulada por -
la intensidad y duración de sus síntomas. Puede ser -
habitual cuando necesita tomar diariamente para ali
viar su estado de tensión y puede ser ocasional quan-
do toma solamente al bajar su tolerancia para la ten-
sión.

A través de los estudios que se han venido realizando
del alcoholismo como enfermedad podemos concluir que poco a
poco, va desapareciendo el estigma que acompañaba a estos -
enfermos aunque nuestro país todavía es tratado como un de-
lincuente, en ocasiones. Vemos cómo algunas leyes netamente
sociales contienen conceptos que verdaderamente hacen pen -

sar si en realidad lo son; concretamente la de la C.C.S.S. en la parte que se refiere al seguro de enfermedad y maternidad en el artículo N°36 (9) dice "No tendrá derecho al subsidio el asegurado cuya enfermedad o lesión sea a consecuencia de intoxicaciones alcohólicas de drogas estupefacientes tomadas intencionalmente, de tentativas de suicidio salvo - en caso de enajenación mental, de riñas provocadas por él, - o cuando incurra en fraude, adultere documentos del Seguro - o haya inducido a engaño al médico tratante y cuando se haya ocupado durante el período de incapacidad, en labores asalariadas".

Al parecer la medida fue tomada para evitar los abusos, pero no deja de ser verdad que con lo anterior se da por desautorizada la definición de alcoholismo como enfermedad y se sigue el ritmo de tratar a este paciente en forma punitiva, sin una planificación de su tratamiento que como se sabe debe ser integral,

CAPITULO II

Causas y consecuencias del Alcoholismo

1-Causas del alcoholismo

Indudablemente que es mucho más complejo conocer cuáles son las causas del alcoholismo que sus consecuencias ; - es este, pues un aspecto muy discutido y ya en la reunión de la Sociedad Médica del estado de New York celebrada en 1950 se advertía un desacuerdo acerca de los orígenes de -

*9-Caja Costarricense del Seguro Social. "Leyes y Reglamentos" pág.102 Imprenta Lehmann San José 1965.

esta enfermedad; unos se inclinaban por la teoría sicoge-
nética y otros favorecían un origen fisiológico.

Es indudable que en esta enfermedad concurren mu-
chos factores y entre ellos podemos citar causas físicas
y psicosociales, fundamentalmente.

a) Causas Físicas

En cuanto a la herencia se ha ~~hablado mucho~~
aparte de los estudios realizados por el Dr. R. Cruz Coke
de Chile (10) quien después de estudiar en varias pobla-
ciones humanas, algunos factores genéticos, bioquímicos y
evolucionarios para explicar la asociación entre la Acro-
matopsia, cirrosis alcohólica y alcoholismo, afirma haber
obtenido resultados que sugieren que el alcoholismo es un
componente de un polimorfismo genético de los supergenes-
de color-visión localizada en el cromosoma X, Generalmen-
te se acepta que el alcohol no altera los cromosomas; por
lo tanto el alcoholismo no puede ser hereditario.

Ponce de Avalos afirma que esta creencia se debe a
la influencia de la Mitología griega por la historia de
Vulcano que nació lisiado por su Padre Júpiter, lo engen-
dró estando ebrio y que en realidad la concentración de
alcohol en la sangre aún en casos de intoxicación aguda,
no puede dañar las células germinales.

Fink (11) asume la misma posición que el autor cita-
do y agrega que el alcohol no afecta al embrión, ya que la
placenta no permite la infiltración de grandes cantidades

10*-Cruz Coke R. y Varela A. "Inheritance of Alcoholism"
pag. 1286 Revista Lancet London W. C 2 1966.

de alcohol y al menos en el sentido mendeliano de la pa -
labra no podemos decir que sea congénito, pero se cree -
que en algunos individuos existe una predisposición or -
gánica al alcoholismo, talvez debido al mal funcionamien -
to endocrínico en especial de las suprarrenales que si se
hereda.

Cuando existe una predisposición fisiológica la fa -
lla por lo general se haya en el hipotálamo, centro del
hambre y de la sed, emociones y necesidades o que las su -
prarrenales segregan suficiente adrenalina y el individuo
tome para estimular la corteza suprarrenal, pero necesita -
ría cada vez más pues el alcohol atrofia el funcionamien -
to de las glándulas.

Lo anterior es enfocado por los miembros de A.A. con -
base en la opinión del Dr. Silkworth como una alergia físi
ca. (12)*

Se ha demostrado que el alcohol, puede causar propen -
sión física; el tomador puede desarrollar tolerancia al -
alcohol, de forma que la misma cantidad produce cada vez -
menos efectos progresivamente; necesitando cada vez mayo -
res cantidades y necesitará también seguir bebiendo para
evitar los dolorosos síntomas que resultan de las súbita -
suspensión del alcohol. (debilidad, molestos temblores, de

11*- Sequeira de Córdoba Deyanira "Personalidad de las es -
posas de los alcohólicos y su influencia en el alcoholis -
mo de los mismos". pag. 248 San José 1968

12*- Folleto de las Naciones Unidas. Publicación del Cen -
tro Regional de Ayuda Técnica. Agencia para el Desarro -
llo internacional "Alcoholismo" pag.

lirium tremens y ha veces convulsiones). Sin embargo, no todos son adictos al licor.

b)- Causas Sicosociales

Se han ido acumulando las evidencias en el sentido de que el tomador adicto fue traumatizado psicológicamente muy temprano en su vida, todavía en un estado oral de desarrollo y dicho trauma ha permanecido fijo en algunas áreas de su personalidad y el placer que el adicto busca en la bebida es comparado a menudo con el del niño al ingerir la leche.

Las diferentes escuelas psicológicas dan gran importancia a la tierna infancia; la de Freud hace énfasis de los primeros años, ya que su Escuela está basada en los instintos que los niños traen al nacer, contenidos en el (Id") y modificados por el medio ambiental y la formación del (Superego).

Las Escuelas basadas en las actitudes reactivas dentro de la mente del niño, como la de Adler, o basadas exclusivamente en las relaciones humanas, como la de Karen Horney, - también dan importancia a la infancia pero dándole también participación a los años posteriores, en la formación de la personalidad.

Según el Dr. Gonzalo González Murillo, Director (1966) - del Hospital Siquiátrico Chapuí y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, (13) el alcohólico al beber busca resolver sus problemas de angustia y -

13*- Publicación de A.A. (Memoria de la Cuarta Convención de A.A. de Centro América, México Panamá y el Caribe) pag. Primera edición San José 1966.

disminuir sus ansiedades. La opinión psiquiátrica actual sugiere una importante razón para el uso y abuso del alcohol y es el de no tener la suficiente tolerancia hacia las tensiones y una dificultad para ajustarse a las exigencias del medio.

La característica inmadurez de este tipo de paciente que lo imposibilita para enfrentarse con éxito a sus problemas, lo lleva al alcoholismo y vemos como la opinión de los más destacados estudiosos de este problema coinciden en que casi todos los "alcohólicos problema" existe un fondo emocional. Las historias personales de estos bebedores problema, marcan el inicio de su bebida, por lo general, con un deseo de compensar alguna pena profunda o falta de seguridad, con la casi general también característica de tener que aumentar la cantidad de licor ingerida, adquiriendo mayor carácter de compulsión como sucede con cualquier adicto a drogas.

Siguiendo un enfoque psicoanalítico del problema es muy probable que las causas citadas anteriormente sean el resultado del contacto con padres dominantes o sobre protectores que hacen que sus hijos sean tímidos, dependientes e inmaduros, produciendo de esta manera una personalidad apta para el alcoholismo.

El Dr. V. Morris E. Chafetz de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (EE.UU.) afirma que una actitud hacia el alcohol equivocada de excesiva tolerancia o de temor, generalmente por ignorancia acerca de esta materia, puede ser causa del alcoholismo. (14)

No puede dejarse de mencionar dentro de las causas del alcoholismo, la parte que le corresponde a la propaganda que bebidas alcohólicas se hace hoy, por los diversos medios de comunicación, sobre todo anuncios luminosos y televisión, ya que este es un medio efectivísimo de hacer que las personas, las cosas sin la impresión de que son impuestas y de crear necesidades. Lo anterior supone que el alcohol es ampliamente aceptado por la sociedad, lo que estimula sobre todo a los jóvenes a ingerir licor.

2- Consecuencias del alcoholismo

a) Consecuencias Físicas

El hígado es uno de los órganos más afectados por el alcohol, ya que es el único encargado de quemar u oxidar el alcohol ingerido; también se encarga del almacenaje de las vitaminas, de neutralizar o hacer inofensivas muchas sustancias tóxicas que se absorben a través de los alimentos; toma parte en la formación de la hemoglobina o materia colorante de la sangre; todas estas funciones son alteradas por el alcohol. Corrientemente y como producto de la intoxicación constante se produce el "Hígado grasoso" debido a los trastornos que se producen en la nutrición de sus células, degenerando por lo general en "Cirrosis Hepática".

El estómago también se ve muy afectado, ya que la ingerencia continua de licor produce gastritis y desórdenes en la función intestinal.

Las glándulas endocrinas son también deterioradas, sobre todo el Heje Hipófisis Adrenal (centro de la clarividencia y de la inteligencia).

Podemos decir que la principal acción del licor es sobre el sistema nervioso, ya que es el que mayor cantidad de alcohol recibe, por ser su irrigación sanguínea mayor. De aquí resulta que el alcohol es utilizado frecuentemente para disminuir la fatiga por su acción anestésiante.- Como consecuencia de una intoxicación aguda, serán afectadas los glanglios basales y bulbares que regulan la presión sanguínea y demás funciones vitales, provocando disnea y por último el coma y la muerte por depresión cardio respiratoria.

Es frecuente encontrar en estos casos de alcoholismo agudo, atrofiás cerebrales y polioencefalitis hemorrágica superior de Warnick. Hay alteración de la célula nerviosa cortical especialmente de la Gran Piramidal y lesión de múltiples neuropatías.

El alcohol actúa primero sobre las partes relacionadas con las funciones más altamente diferenciadas como son las intelectuales; luego sobre los centros sensoriales y motores con rebaja del poder muscular y de la coordinación y finalmente sobre los centros localizados en el Ganglio Basal.

b) Consecuencias Síquicas

En el aspecto síquico, son frecuentes las diversas formas de amnesia y como un síntoma de gran deterioro mental- Delirium Tremens en el cual el paciente se siente persegui

14*- Artículo de la Revista Boletín de la Oficina Sanita -
ria Panamericana "Técnicas para prevenir el alcoholismo" pág. 172 edición N° 2 Washington 1966.

do, temeroso, ansioso; agitación que puede llevarlo a atentar contra su vida o la de otros. Ocurre generalmente cuando el paciente tiene una concentración en la sangre de un 3% de alcohol.

Tienen aterradoras alucinaciones en forma de monstruos horribles; muestran desorientación en cuanto a tiempo y lugar; a veces hay convulsiones. Esta fase aguda puede durar de cuatro a seis días.

En caso de que el paciente continúe ingiriendo licor, puede aparecer la Psicosis que suele tener como parte final una de las formas siguientes:

- 1- Síndrome de Kórsakoff con síntomas de marcada polineuritis.
- 2- Encefalopatía crónica acompañada de parálisis.
- 3- Pseudoparecia alcohólica con síntomas parecidos a la parálisis general.
4. Deterioros alcohólicos crónicos con signos de completa demencia.

Los temores, frustraciones, dolores y penas que el alcohólico pensaba hacer desaparecer con la bebida, se ven aumentados con ésta; el mencionado estado emocional es conocido como "coma moral", sentimientos de culpa, autodesprecio, lástima de sí mismo y una existencia solitaria.

c) Consecuencias Sociales

Los efectos sociales del alcoholismo sobrevienen al disminuir el autocontrol y el sentido de responsabilidad; dando lugar a la aparición de la miseria, desorganización familiar social y a la delincuencia. Se considera que en el

campo laboral el alcoholismo puede compararse con una huelga de "brazos caídos". Se le atribuye también al alcoholismo el 70% de los líos conyugales y el 7.5% de los intentos de suicidios.

CAPITULO III

El Hospital San Juan de Dios como un Hospital General

El Hospital San Juan de Dios es la Institución de Salud más antigua del país; tuvo su origen en la Ley que ordenaba su creación en el año 1845 iniciada por el Dr. Castro Madriz, Presidente entonces de una de las Cámaras Legislativas y luego Presidente de la República. Después de muchas penalidades y por falta de recursos económicos, fue necesario cerrarlo en 1861 y no fue sino en 1909 mediante la Ley del 28 de mayo de este año, que se estabilizó la situación del Hospital, ya que se nacionalizó el establecimiento y se dispuso que pudieran tomarse para su sostenimiento, parte de la renta de la Lotería Nacional.

Actualmente el Hospital San Juan de Dios está clasificado como un Hospital General de clase A, pues cuenta con los servicios, el equipo y el personal técnico indispensable para la atención de los pacientes.

Tiene a su cargo la población del país no asegurada y mayor de trece años ya que los menores de esa edad son atendidos por el Hospital Nacional de Niños.

Cuenta con la siguiente organización:

1.- Dirección del Hospital a cargo de un Médico que debe reunir los requisitos necesarios; actualmente está ocupa

do por el Dr. José Manuel Quirce Morales.

2.- Departamento de Administración con las correspondientes secciones; siendo el actual administrador el Sr. Alfonso Figuer G.

3.- Departamento de Admisión Estadística y Documentos Médicos.

4.- Departamento de Enfermería.

5.- Departamento de Servicio Social

6.- Departamento de Laboratorios Clínicos y Banco de Sangre.

7.- Departamento de Anatomía Patológica

8.- Departamento de Alimentación.

9.- Departamento de Rayos X

10.- Departamento de Farmacia.

11.- Servicio Central de Esterilización.

12.- Servicio de Odontología.

13.- Servicio de Urgencias.

14.- Departamento de Consultas Externas.

15.- Departamento Médico con los siguientes servicios: Dermatología, Medicina Interna, Gastroenterología, Cardiovascular, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Endocrinología y Nutrición.

16.- Departamento quirúrgico con los siguientes servicios: Cirugía General, Anestesiología, Oncología, Otorrinología, Oftalmología, Traumatología Ortopedia y Rehabilitación, Cirugía Torácica, Urología, Neurocirugía.

17.- Departamento Gineco-ostétrico con los siguientes servicios: Ginecología, Obstreticia y Recién Nacidos.

18.- Docencia

19.- Consejo Técnico

20.- Investigación

21.- Comité de Presupuesto (15*)

Como se ve en los datos anteriores, este Hospital - cuenta con numerosas especialidades; sin embargo; tanto la planta física como el número de personal, dista mucho de ser suficiente para una atención adecuada de todos los pacientes. Contribuye a esto en gran parte el hecho de que a pesar de que se trata de que los pacientes sean debidamente referidos a este Centro, por otros hospitales periféricos y Centros Rurales de Asistencia, éstos a menudo - vienen por su propia iniciativa, desconociendo los trámites de ingreso y atención en la Consulta Externa, presentándose con frecuencia en horas en que los servicios médicos son exclusivamente para atender emergencias; se agrava el problema si anotamos que éste número de pacientes es elevado, pues aún personas de provincias cercanas acuden a este Hospital y también aquellas que tienen el derecho al Seguro Social, recargando aún más las consultas existentes; así tenemos que en ocasiones, durante los primeros días del mes ya los pacientes se quejan de que no obtuvieron cita médica.

Es importante observar, que la mayoría de los pacientes que consultan este Hospital, son pertenecientes a fami-

15*- R. Flisfisch Humberto Médico representante en C.R. de la O.M.S.; Sáenz Jiménez Lenin Médico Dir. Hospital - Quepos C.R. Rodríguez Aragonés Antonio, Méd. Ex-Subdirector del Dpto. de Lucha contra el parasitismo Intestinal "Análisis del Sistema Hospitalario Nal. en C.R. pag. 1 Sección de Impresos y dibujos Departamento Estadístico Hospitalario San José 1967.-

lias de muy escasos recursos económicos y muy a menudo to talmente carentes de éstos. Las características descritas acerca de la población que frecuenta el Hospital San Juan de Dios, su elevada cifra (27.534. atendidos en el año - 1967) y el número de camas 956 incluyendo las de Pensiones, Instituto Nacional de Seguros (16*), hacen necesario que las hospitalizaciones sean limitadas.

Sabemos que aún en los centros especializados para la atención de alcohólicos como la Comisión Sobre Alcoholismo y el Hospital Siquiatrico Chapuí confrontan un problema similar con relación a la capacidad para atender dichos pacientes.

Si colocamos dentro de este cuadro general al enfermo-alcohólico con las características señaladas antes acerca de su conducta, es comprensible que se dificulte su aceptación y que a menudo sea rechazado.

El alcohólico necesita un tratamiento integral en los aspectos más importantes del problema, o sea el físico, el síquico y el social; tratamiento que hasta el momento sólo le brinda La Comisión Sobre Alcoholismo. En otros países se lleva a cabo mediante programas bien organizados y con suficientes recursos técnicos y económicos como el Australia, Bélgica, Canadá ,E.E. U.U. y otros.

Señala John C. Fords S.J. (17*) que estos Centros especializados han surgido debido a que en la mayoría de los

16*.- Servicios de Estadística y Documentos Médicos "Información sobre los servicios médicos prestados en setiembre 1967" pág. 3 San José 1967.-

Hospitales generales rehusan admitir a los alcohólicos- como tales, especialmente en las etapas agudas; considera que si en dichos hospitales, reconocieran esta enfermedad, podrían programar, al igual que en el Hospital- General de Santo Thomás en Akron Ohio, la existencia de un Depto. para el tratamiento de alcohólicos; dicho tratamiento consta de una atención médica intensiva la cual se complementa con los vicios de Alcohólicos Anónimos y afirma que el resultado ha sido notoriamente exitoso; además han encontrado que los enfermos alcohólicos no son más difíciles de manejar que otros tipos de pacientes.

Lo anterior es difícil de llevar a cabo, en estos momentos en nuestro Hospital, si tomamos en cuenta que existe carencia de camas en los servicios existentes como maternidad, oftalmología, ortopedia y otros.

En el Hospital San Juan de Dios, actualmente se está atendiendo los pacientes alcohólicos casi exclusivamente- cuando se encuentran en crisis, refiriéndonos específicamente a su alcoholismo, ya que si el paciente lo desea, - puede utilizar los servicios de la Consulta Externa, para el control de cualquier complicación que su beber excesivo le cause; pero en el aspecto síquico o emocional y el principal en esta enfermedad, no existe ningún tratamiento a excepción del que le brinda "La Trabajadora Social, - cuando logra conocer un problema de esta naturaleza. Es -

17*- Fords. J. Johon C. "Alcoholismo" pág 12 Publicación de la Comisión sobre Alcoholismo San José 1960.-

frecuente que el médico diga que le interesa casi exclusivamente el aspecto orgánico de su padecim^{ie}nto y definitivamente un tratamiento físico por más efectivo que sea, en el caso del enfermo alcohólico es ineficaz. Podemos decir, que la labor que actualmente estamos haciendo en el Hospital San Juan de Dios, es el de desintoxicación y por supuesto mejoramiento momentáneo de la condiciones generales del enfermo alcohólico; lo anterior en ocasiones, ayuda a que por algún tiempo deje de tomar, por temor a enfermarse de nuevo.

CAPITULO IV

EL SERVICIO SOCIAL EN

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Se mencionó que el Hospital San Juan de Dios como un Hospital de clase "A," cuenta con un Departamento de Servicio Social, en cual fue fundado en el año 1954, por la señorita Marilia Diner Carneiro, Técnica de la Naciones Unidadas.

El Servicio Social Médico, trata aquellos problemas - del paciente que interfieren o influyen en su tratamiento- médico o que se presentan como consecuencia de su enfermedad. Su fin es el de que el paciente obtenga el máximo aprovechamiento de dicho tratamiento médico; por esto, su existencia en los Centros de Salud, es cada día más indispensable, ya que en términos generales y a pesar de la actitud- de algunos médicos, la medicina moderna tiende a tener una marcada orientación hacia el aspecto sicosomático y una proyeción hacia lo social, Podemos decir que El Servicio Mé-

dico Social es un producto de la especialización. Vemos que muchos años atrás la enfermera era una persona cuya labor era relativamente simple, además de que las pacientes a su cargo eran unos pocos, por lo que podía dedicar parte de su tiempo a conocer a sus enfermos y llenar en parte sus necesidades sicológicas y sociales. Sería imposible esto en la actualidad, en quella cantidad de pacientes es tan grande que una enfermera no puede dedicarse a visitar los hogares o a gestionar los traslados de los pacientes, labor que aunque en apariencia es simple, implica una enorme responsabilidad. Podemos decir lo mismo del médico, a quien el N° de enfermos que debe atender, raramente le permite detenerse en detalles de la vida del paciente y que la medicina sicosomática ha descubierto que muy frecuentemente son los puntos claves que entorpecen la curación de un enfermo; es aquí donde la intervención del Trabajador Social en el equipo técnico se hace indispensable, pues los conocimientos de tipo sicológico y social que el médico y la enfermera deben tener, como complemento de su preparación, son los específicos para el Trabajador Social, quien a su vez debe complementarlos con los sanitarios.

La labor del Trabajador Social en el Hospital San Juan de Dios no es fácil, pues tiene que enfrentarse con una serie de limitaciones de orden económico, de personal y de cooordinación con otros Departamentos de la Institución, dificultándose ésta, en ocasiones, por la poca comprensión que existe del individuo como una unidad biosíquica y social. Poco a poco ha podido irse venciendo lo anterior, contándose

actualmente con una mayor aceptación de la labor del Trabajador Social dentro del Hospital.

Para una mayor claridad en cuanto a la organización del Departamento de Servicio Social, permitámonos presentar el siguiente organograma: (pág.30+b)

Explicaciones:

- T.S. ADM- C. EXT. y EMERG. Trabajadora Social de las --
(1) Consultas Externas y Amisión
- T.S. CIRUG.- C.I.- C.C.....(1) Trabajadora Social Servicios
de Cirugía. Debe atender ca -
sos inmediatos y continuados
además de primeras entrevis-
tas
- T.S. CIRUG.- C.I-.....(2) Trabajadora Social Servicios
de Cirugía. Debe atender ca-
sos inmediatos, además prime
ras entrevistas.
- T.S. Med. C.C.- C.I.-.....(2) Trabajadora Social Servicios
de Medicina. Debe atender ca
sos continuados e inmediatos
además primeras entrevistas-
una para los salones de hom-
bres y otras para los salones
de mujeres.
- T.S.P. ENTREVISTA. (1) Trabajadora Social para prime
ra entrevista.

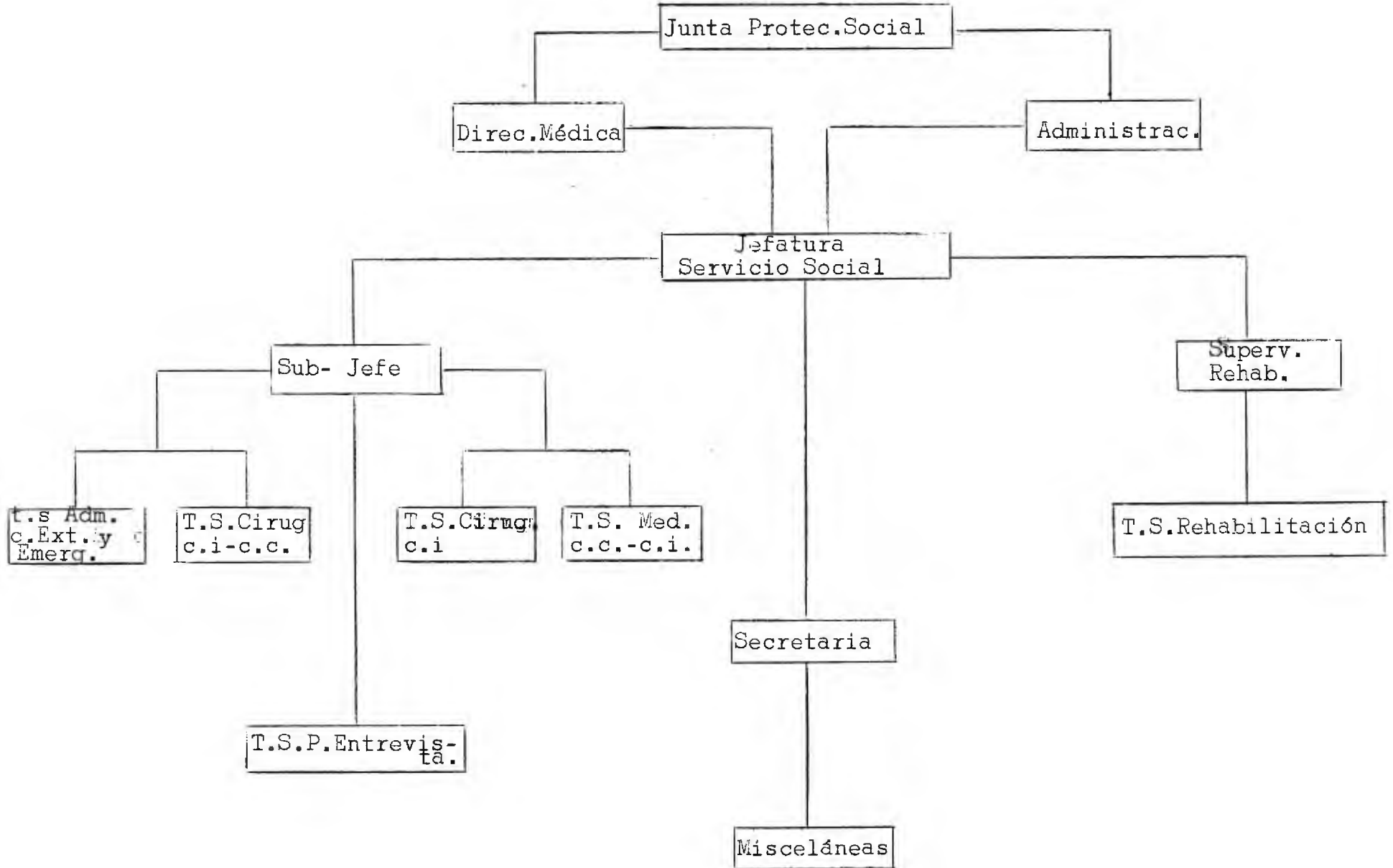
La anterior organización de nuestro Servicio Social, toma en cuenta las tres fases en que el paciente debe ser atendido :

- 1- El paciente en la Consulta ~~Externa~~
- 2- El paciente hospitalizado
- 3- El paciente cuando egresa del Hospital.

30-b.

ORGANOGRAMA SERVICIO MEDICO SOCIAL DEL HOSPITAL

SAN JUAN DE DIOS



1-El paciente en la Consulta Externa

Como cité en el Capítulo anterior, la población que atiende el Hospital, por lo general, es de escasos recursos económicos, procedentes de familias casi miserables y frecuentemente de baja preparación académica, lo que hace que su capacidad para desenvolverse se vea disminuída: con las anteriores características se enfrenta ante una Institución regida por una complicada organización de horarios de consulta, ventanillas y trámites difíciles de comprender para él, sobre todo si se trata de pacientes que proceden de lugares apartados de la capital y que vienen por primera vez; si a lo citado antes, agregamos su estado de enfermo, comprenderemos la enorme desorientación del paciente que se agravará si se encuentra con personas frías que lo tratan sin ninguna consideración.

La primera labor de la Trabajadora Social de Consulta Externa, se inicia con esta orientación para el paciente, lo cual significa de hecho la individualización del enfermo, principio básico de nuestra profesión. De esta individualización, surgen el resto de los problemas que confronta más corrientemente, el enfermo de la Consulta Externa; citaré algunos a modo de ilustración:

1- Pacientes que proceden de lugares muy lejanos y que deben ser atendidos en la Consulta Externa para tratamiento, por un período corto. Si el problema es de desconocimiento de los recursos comunales como la existencia de hoteles que prestan servicios de alojamiento a los pacientes del Hospital a precios módicos, la labor de la Trabajadora Social será la de brindarle orientación y de referirlo al lugar indicado; si se

trata de que además de lo anterior el paciente no cuenta con recursos económicos, la Trabajadora Social deberá contemplar este factor, de manera que no sea obstáculo para que el paciente reciba el tratamiento médico.

2- Es frecuente también el caso de madres solteras, viudas o simplemente solas, que al tener que ser hospitalizadas, presentan el problema de no tener dónde dejar los niños, representando esto una tensión emocional que agrava su estado de salud. Casos como el anterior, ocupan gran parte del tiempo de la Trabajadora Social, debido a la escasez de recursos que para solucionar este problema existen.

3- Personas seniles, desorientadas, con limitaciones fisicas que no tienen recuperación y que por lo tanto no ameritan ser hospitalizadas. La labor de investigación en estos casos ardua y a menudo es necesario recurrir a la hospitalización a pesar de lo anterior, pues no existe hasta el momento un hospital para crónicos y cuya creación se hace cada vez más, una evidente necesidad.

4- Problemas económicos para adquirir los medicamentos que le indican y que el hospital no tiene; como prótesis oftálmicas, bolsas de colostomía dietas especiales que son esenciales para su tratamiento; prótesis y aparatos ortopédicos.

5- Pacientes que necesitan insulina y que debido a problemas económicos y de lejanía del lugar de residencia (dentro del área comprendida en la provincia de San José) no pueden venir al Hospital a inyectarse diariamente. de estos casos se hace un estudio social, para evitar los abusos en--

cuanto a su obtención, ya que algunos enfermos venden este medicamento.

6- Todo tipo de problemas que obstaculice el máximo aprovechamiento del tratamiento médico: Al respecto se estudian los casos más graves de ausencia a tratamientos y se coordina con los médicos de la Consulta Externa para hacer posible el control médico constante, de aquellos pacientes cuyo padecimiento lo exige y que por diversas causas, entre ellas la ignorancia acerca de su enfermedad hace que abandonen dicho control.

La Trabajadora Social de Consulta Externa coordina su trabajo con las Trabajadoras Sociales de los diversos Servicios, para que éstas continúen en caso una vez que el enfermo es hospitalizado.

2.- El paciente Hospitalizado.

Una vez que el paciente es hospitalizado, presenta otra serie de problemas sociales que ameritan la intervención de la Trabajadora Social. Debo aclarar que los pacientes ingresan al Hospital directamente del Servicio de Admisión de Enfermos y solamente aquellos que presentan problema en el momento de su internamiento son conocidos en nuestro Servicio. A mediados del año 1964 el sistema de entrevistar a todos los pacientes antes de ser hospitalizados, fue variado debido a que las condiciones físicas del enfermo no permitían hacerle una buena entrevista; además la falta de personal ya que sólo existía una Trabajadora Social para atender esta Sección, hacía más lento el trámite de la

hospitalización, en perjuicio del paciente. Mediante el sistema actual el enfermo es entrevistado en el salón, dando mejores resultados, ya que el paciente por lo general, está en mejores condiciones de salud y la entrevista puede realizarse sin la presión de que innumerables pacientes esperan su turno. De esta forma, el paciente es entrevistado por la Trabajadora Social de cada salón con el objeto de conocer su situación económica social dentro del Hospital y los posibles problemas de orden Médico Social que puedan surgir; además de lo anterior, esta primera entrevista tiene como objetivo disminuir la tensión que por lo general la hospitalización le produce al paciente, sobre todo, si se trata del primer ingreso. Conforme el Servicio Social se va profesionalizando, su labor se va encaminando más que todo a la prevención de los problemas, disminuyendo por lo tanto, las largas permanencias de los pacientes en el Hospital por carecer de familiares o por desconocimiento de la situación de cada enfermo, puesto que desde que éste ingresa, la Trabajadora Social investiga lo anterior y va realizando las gestiones necesarias para que al ser dado de alta sus problemas esten resueltos. Sin embargo esto no es siempre posible ya que la distribución de camas por Trabajadoras Social es elevada y por lo tanto el número de pacientes que debe atender.

El Siguiete Cuadro Ilustra este Situación

Distribución de Camas por Trabajadora

Social Año 1967

Cuadro No.1

Servicio	No.de Camas	No.de T.S.	% Camas por T.S.
TOTAL	871	6	191.7
Cirugías	488	3	162.7
Medicinas	308	2	154.0
Rehabilitación	75	1	75.0

Algunas de las situaciones problemáticas más corrientes - que el paciente hospitalizado presenta son las siguientes:

1.- Problemas de salida, causados por carencia de familiares que lo reciban al ser dados de alta. Esta situación es más frecuente entre los pacientes seniles, menores de edad, y aquellos con alguna enfermedad invalidante. Carencia de recursos económicos para cancelar su pasaje de traslado al hogar, en ocasiones debido a que han sido traídos de emergencia. En estos casos la Trabajadora Social realiza una labor educativa para evitar que estas situaciones se repitan, cuando se comprueba que los pacientes, vienen a propósito sin su pasaje.

2.- Pacientes angustiados debido a que sus familiares carecen de recursos económicos durante su hospitalización, sobre todo cuando el paciente es jefe de familia.

3.- Pacientes que deben ser trasladados a otros hospita-

les y sus familiares no se presentan.

4.- Pacientes cuya enfermedad le produce una incapacidad física prolongada y permanente y que repercuten en su situación económica, social y en el aspecto emocional.

5.- Pacientes con trastornos de conducta y que influye en su estado de salud o que representa problema al ser dado de alta. Debe prevenirse para que no dificulte su salida y comunicarse anticipadamente con los familiares.

6.- Se estudian las situaciones de los pacientes que ingresan con mucha frecuencia para determinar los factores económicos sociales que intervienen en lo anterior.

7.- A solicitud de los médicos, las Trabajadoras Sociales realizan estudios económico-sociales de pacientes con enfermedades de posible origen sicosomático como Asma, Hipertensión Arterial, etc. También se realizan dichos estudios cuando las pacientes del Servicio de Maternidad solicitan que se les practique "Salpingeotomía" esto con el objeto de limitar este tipo de operación y reducirla al número indispensable, por razones médicas o sociales.

8.- En general la Trabajadora Social atiende todo tipo de problemas que el paciente hospitalizado presente, siempre que se relaciones con el aspecto de salud que es nuestro campo de acción.

9.- De mucha importancia es la labor que las Trabajadoras Sociales realizan con el objeto de obtener donadores de sangre para aquellos pacientes que carecen de familiares

o que éstos no tienen conciencia de esta necesidad.

Actualmente acordamos con los Directores de los Hospitales periféricos que los familiares de los pacientes que residan en los lugares cercanos a éstos, depositen , ahí la sangre, para lo cual les enviamos los equipos necesarios. Para el traslado de esa sangre al Banco de este Hospital, obtuvimos la colaboración de varias Empresas de Aviación, quienes hacen el servicio en forma gratuita. Lo anterior ha hecho que se aumente notablemente la reserva del Banco de Sangre.

3.- El paciente cuando egresa del Hospital

Como puede comprenderse, no siempre es posible seguir atendiendo a los pacientes cuando egresan del Hospital. El número de personal y la cantidad excesiva de trabajo lo hacen materialmente imposible; sin embargo; a través del método de casos se continúan estudiando un número aproximado de cincuenta pacientes por mes, abarcando aquellos cuyas situaciones más difíciles y que necesitan un tratamiento social prolongado.

El objetivo de este tratamiento social es el de ayudar al paciente a adaptarse al medio familiar o social. En el Servicio de Rehabilitación, la atención del paciente fuera de la Institución casi siempre debe ser prolongada, debido a la naturaleza de sus lesiones físicas.

Esencialmente se utiliza el método de casos, para la atención de los pacientes y siendo imposible tomar todas las situaciones para un estudio completo, los casos han sido clasificados de la siguiente manera:

1- Casos inmediatos

Aquellas situaciones problemáticas del paciente cuya repercusión en el aspecto de salud no es muy grave y que con un número de gestiones relativamente poco, la Trabajadora Social logra resolver dicha situación, volviendo el paciente a una relativa estabilidad. Ejemplo: Paciente de 45 años de edad procedente de Puriscal, hospitalizada en el Servicio de Medicina por diagnóstico médico "Úlcera de pierna izquierda" refiere a la primera entrevista que carece de familiares cercanos y que en caso de regresar a su lugar de residencia le sería difícil venir a la Consulta Externa para sus curaciones pues posiblemente perdió el empleo (oficios domésticos) y no cuenta con recursos económicos para su subsistencia; siendo una paciente relativamente joven, de buena presentación personal, conocedora de su oficio, La Trabajadora Social gestionó con una enfermera a quien logró interesar en la situación de la paciente, su colocación laboral, ya que mediante tratamiento médico la recuperación física fue caso total. Se contaba con la ventaja para la continuación de su tratamiento, el hecho de que la persona donde se logró colocar fuera enfermera.

2.- Caso Continuado

Se considera que como caso continuado aquellas situaciones que afectan seriamente el aspecto de salud o aquellas situaciones provocadas por la enfermedad, como son los desajustes familiares que pueden llevar a casos extremos a la desintegración de dicha familia en el aspecto de sus relaciones o situaciones económicas críticas, debido por lo general

a la hospitalización del jefe de la misma. Estos problemas necesitan una atención prolongada de parte de la Trabajadora Social.

Se lleva de ellos un expediente cuya redacción se hace en tipo sumario o narrativo, según la indicación de la Supervisora y la habilidad de la Trabajadora Social. Cuando el caso es cerrado se hace un resumen del mismo que contiene los siguientes tópicos:

1- Fecha y motivo de referencia

2.- Data médica, que es el conjunto de datos tomados de la Historia Clínica y relacionados con la enfermedad del paciente tales como fecha de ingresos, diagnóstico médico; pronóstico médico; tratamiento si es de importancia, como en el caso de que deba continuarlo en la Consulta Externa, y hospitalizaciones anteriores.

3.- Resumen de la situación.

4.- Diagnóstico Social.

5.- Evolución del caso.

6.- Resumen de cierre.

Ejemplo:

Motivo de Referencia: 18/1/66

Caso reportado por la supervisora de Servicio Social el día 18 de enero de 1966, por problema económico familiar provocado por la enfermedad y hospitalización del paciente.

Data Médica: Expediente clínico No. X

Diagnóstico inicial: Úlcera gástrica

Diagnóstico pre-operatorio: Carcinoma gástrico avanzado.

Diagnóstico post-operatorio: Idem-con metástasis hepáticas.

Lesiones encontradas: Carcinoma pilórico con invasión casi total, dejando únicamente una pequeña porción del estómago en la parte alta. El hígado presenta también metástasis.

Operación: Gastroenteroanastomía paliativa.-

Resumen del Estudio Social: 18 enero- 15 de abril 1966

Se trata del señor S. C. U. de 49 años de edad, interno en este Hospital por Ca. Gástrico avanzado. Es el jefe de una familia formada por ambos cónyuges y 8 hijos, entre los 24 años y los 15 meses. Es de oficio hojalatero. Hace aproximadamente seis meses empezó su padecimiento que él define como úlcera gástrica. Desde entonces se le ha dificultado trabajar, por las molestias que le ocasiona su dolencia. Desde el mes de diciembre pasado tuvo que suspender definitivamente su trabajo. Por este motivo, su familia enfrenta una difícil situación económica. La hija mayor del paciente estudiaba becada la carrera de Enfermería, anteriormente prestaba servicios como auxiliar de enfermera en el Hospital Chapuí. La beca asciende a la suma de \$200.00 mensuales. Durante el pasado curso lectivo tuvo serios problemas que dieron como resultado que fuera reprobada en una asignatura, por lo que teme perder la beca. K..., su hijo de 15 años está trabajando en un taller de carrocerías, en calidad de aprendiz y-

lo que gana es muy poco; parece que es un joven inteligente, que no ha podido estudiar por la mala situación económica familiar.

La familia ha tenido contactos con la Dirección Gl. de Bienestar Social y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo; al respecto, confronta problema de atraso de dos meses de cotización para dicha institución, pues son adjudicatorias de la misma. La encargada de estos pagos es la joven estudiante de enfermería.

Una hermana del paciente, enfermera profesional, ayuda a J... con el alojamiento y la alimentación; otros familiares les proporcionan víveres cuando pueden; han ofrecido ayuda a la esposa del paciente, en el sentido de llevarse a su niños, pero ella no ha aceptado esa medida.

Se trata de una familia bien integrada, muestran ser personas responsables y tienen conciencia del problema que confrontan, manifestando interés por la recuperación del paciente, quien cree poder mejorar su estado general y planea regresar a su casa y continuar haciéndose cargo de la atención de su familia.

Diagnóstico Social y Evaluación:

Paciente de 49 años de edad, jefe de una familia numerosa. Adolece de un carcinoma gástrico avanzado, dolencia por la cual no trabaja desde hace aproximadamente seis meses. Su enfermedad y hospitalización han provocado un serio problema económico en su familia.

La familia en estudio está bien integrada, afrontan-

el problema en forma bastante objetiva; en sus miembros - hay suficientes potencialidades para que, con orientación de la T.S., el problema pueda ser resultado satisfactorio.

Evolución del caso:

Mediante entrevistas con el médico tratante y la enfermera, la T.S. se enteró del grave pronóstico, el padecimiento de don S... se encuentra en fase terminal. Durante su hospitalización, la TS sostuvo cinco entrevistas con el enfermo para conocer su situación y la posibilidad de ayudarlo en la solución de sus dificultades. Se mostró bastante preocupado por la situación económica de su familia, y las consecuencias que esta situación puede tener, especialmente en cuanto a la continuidad de los estudios de sus hijos, y la vivienda. En relación con su estado de salud, se siente optimista, ignora la naturaleza de su dolencia y considera que podrá volver a trabajar.

La TS. entrevistó a la hija J..., a la esposa y hermana del paciente, con el objeto de conocer mejor la situación y la posibilidad que existe de solucionar los problemas citados.

J..., con el dinero de la beca es quien ayuda económicamente. Informó que perdió tres asignaturas del Curso de Enfermería; presentó exámenes extraordinarios, habiendo sido suspendida en una materia. Si le es suspendida la beca el problema económico será más difícil. Se planeó una entrevista con el Sr. O. Z. S., jefe del Departamento de Personal de la Junta de Protección Social de San José, para solicitar -

empleo como auxiliar de enfermería (medio tiempo) y llevar la asignatura en que fue suspendida, con miras a reanudar sus estudios el año próximo.

El paciente egresó el día 7 de febrero de 1966

La TS. logró, mediante la señora M.L.C., hermana del enfermo, la ayuda de los familiares de éste, mientras la situación se estabiliza. Al principio, pretendía que los hijos del paciente fueran entregados en adopción en los hogares de los familiares, pero esta medida no fue aceptada por la esposa de don Santiago (pac.)

La situación fue expuesta personalmente al Sr. Jefe de Personal en compañía de la hija del paciente, quien se mostró de acuerdo en ayudar en la medida de sus posibilidades.

El 8 de febrero de 1966 la esposa del paciente se presentó a la oficina e informó que el señor S.C.U. había fallecido. Se mostró conmovida por este suceso. Quiso saber el resultado de las gestiones con el jefe de personal. La TS. solicitó información a Sor Superiora, informando ésta que el asunto sería planteado a la Junta de Protección Social, para lo cual la joven interesada tendría que enviar una carta exponiendo su situación.

Para resolver el problema del atraso del pago de la vivienda, la TS envió carta al Jefe de Servicio Social del INVU (documento No.4), recibiendo respuesta favorable (documento No. 5)

El 29 de marzo se presentó la joven J... a informar a la TS. que las gestiones realizadas dieron resultados: se

encuentra trabajando como auxiliar de enfermería de este Hospital, de 2- 10 p.m., y está llevando la asignatura que perdió el año pasado en la Escuela de Enfermería. Informó que se siente cansada, pero satisfecha de poder contribuir en la solución de los problemas de su familia. La TS. le hizo ver su reconocimiento por el es fuerzo realizado.

Caso supervisado el 18-5-66- Y de zúñiga.

Resumen de Cierre:

Caso atendido por la TS. por tratarse de un paciente de 49 años de edad, con diagnóstico de Ca. gástrico avanzado, jefe de una familia numerosa que, a causa de su enfermedad y hospitalización, se vio sometida a una difícil situación económica.

Existiendo potencialidad en los integrantes de esta familia para solucionar el problema económico y habiendo buenas relaciones entre los mismos, la TS. consideró que se trataba de un problema objetivo, por lo que el tratamiento social estuvo dirigido a la orientación de esa potencialidad, logrando que la hija mayor pudiera continuar sus estudios de enfermería. Esto se logró con la ayuda del señor Jefe de la Oficina de Personal y de Sor Superiora. Se logró orientar el deseo de los familiares de cooperar en la solución de los problemas surgidos. Se ayudó a esta familia a estabilizar su situación, mediante las gestiones de colocación de la hija mayor, y mediante interven-

ción en el caso.

Cerrado el 1 de junio de 1966

M. C. E. B.
Trabajadora Social

Y. D. de Z.
Supervisora.

Supervisión

Existen dos Supervisoras; una que además de la Supervisión tiene el cargo de Sub-jefe y otra con el Servicio de Rehabilitación que tiene a su cargo además el manejo administrativo de esta Sección del Servicio Social. La Supervisión se lleva a cabo a través del sistema de entrevista individual periódica y el de grupo una vez al mes.

El siguiente cuadro indica la labor realizada por nuestro Departamento durante el año 1967. - Cuadro No.2

Meses	Casos Estudios	Casos terminados.	Entrevistas Realizadas	Visitas Realizadas	Total de gestaciones	Total de sangre obtenido
Enero	294	215	1.115	98	470	4.830cc
Febrero	334	254	1.246	47	603	10.900 cc
Marzo	463	386	1.232	106	809	20.300 cc
abril	406	328	1.545	97	766	24.850 cc
Mayo	402	323	1.489	129	815	35.480 cc
Junio	489	410	1.519	108	847	10.380.cc
Julio	493	407	1.262	119	885	21.580.cc
Agosto	492	417	1.224	116	868	20.450.cc
Setiembre	492	417	1.224	116	868	20.450.cc
Octubre	478	411	1.758	145	962	38.850.cc
Noviembre	488	390	2.104	181	11215	39.940.cc
Diciembre	456	389	1.531	96	933	20.950.cc
Totales	5.390	4.461	17. 532	1.367	10.202	271.110.cc
"Labor realizada por el Departamento de Servicio Social en el año 1967"						

EL SERVICIO MEDICO SOCIAL
Y LA AYUDA DEL PACIENTE ALCOHOLICO

El problema del alcoholismo es frecuentemente encontrado por las Trabajadoras Sociales, en el estudio de la situación de los pacientes ya que muy a menudo aparece - como causa directa o indirecta de los problemas sociales; ante esta situación, en el Hospital San Juan de Dios, hemos tratado de conocer mejor el problema del alcoholismo; por lo que hemos tenido reuniones de personal, donde la señora I.M., Directora de la Comisión Sobre Alcoholismo, nos ha dado conferencias sobre el particular, también invitamos a algunos representantes de la agrupación llamada "Alcohólicos Anónimos" quienes han mostrado tanto interés que solicitaron un permiso a la Administración para poder entrar al Hospital a cualquier hora y que fueran llamados, con el objeto de poder extender en el campo hospitalario el cumplimiento del paso número 12. Personalmente considero el programa de Recuperación de los 12 pasos como un complemento de mucha utilidad, para cualquier clase de tratamiento que tenga como fin, la sobriedad del alcohólico-. Dicho programa de Recuperación, puede resumirse en los siguientes puntos:

- 1- Admisión del Alcoholismo
- 2- Análisis de la personalidad y catarsis
- 3- Reajuste de relaciones personales
- 4- Dependencia de un Poder Superior
- 5- Trabajo con otros Alcohólicos

En este movimiento de Alcohólicos Anónimos se ha encontrado ese "algo más" que tanto médicos, siquiátras - y la Comisión sobre Alcoholismo reconocen que es necesario para mantener la sobriedad que por los diversos métodos de tratamiento, se ha tratado de dar al Alcohólico

Es importante anotar los esfuerzos que la Comisión Sobre Alcoholismo ha hecho por mejorar la atención del paciente, alcohólico hospitalizado. Al respecto actualmente pagan los servicios de un médico, el cual permanece en el Hospital 3 horas a la semana, revisando las historias clínicas de los pacientes que ingresan por Diagnóstico médico "Alcoholismo".

La Dra. Morales presentó ante la Asamblea Legislativa un proyecto, con el objeto de que en el próximo año se incluya en el presupuesto de la C.S. A. una partida para que se instale un salón dentro del Hospital de San Juan de Dios, especialmente para la hospitalización del paciente alcohólico. Es de esperar que con el esfuerzo realizado por esta Institución, mejore notablemente la atención del enfermo adicto al licor.

En nuestro Servicio Social cuando por medio de la primera entrevista se conoce que un paciente sufre de alcoholismo, se trata con él, el problema y se le da a conocer si lo desconoce, los recursos existentes en la Comunidad para combatir dicho problema; se trata de persuadirlo para que acepte el tratamiento y es referido a la-

Comisión Sobre Alcoholismo o a la Agrupación de Alcohó-
licos Anónimos.

Actualmente, ante la imposibilidad de formar un -
grupo permanente de Alcohólicos Anónimos en la Insti--
tución, debido a la estadía relativamente corta de los
pacientes en el Hospital, se ha estrechado la comunica-
ción con esta Agrupación, acordando la Oficina Central-
de Alcohólicos Anónimos que llamarán tres veces al día-
a la Institución, con el objeto que les refiramos por
medio a los pacientes que desean su intervención.

De esta manera la Trabajadora Social en el Hospi-
tal se convierte en un lazo efectivo que pone en comu-
nicación al paciente alcohólico con la Comisión Sobre -
Alcoholismo y Alcohólicos Anónimos.

En el aspecto económico social se trata de brindar
le la ayuda que sea necesaria.

Los dos casos siguientes ilustran la ayuda que
nuestro Servicio da al paciente alcohólico.

Caso No. 1

Se trata del Sr. M.R. S. de 47 años de edad, solte-
ro, de oficio contabilista, perteneciente a una familia
constituída por su madre de 83 años, viuda, un hermano-
de 57 años, también soletro y otro casado de 40 años y-
de oficio sastre. Consulta en el Hospital por diagnósti-
co médico "Incontinencia Urinaria-observación vejiga neu-
rógénica " a raíz de una fractura de columna vertebral -

antigua; dicho accidente lo sufrió al tratar de saltar la tapia de la Penitenciaría de su lugar de residencia, cuando sus familiares lo hicieron detener por alcoholismo.

El paciente en estudio estuvo hospitalizado dos veces en el Hospital Siquiátrico Chapuí por abuso del licor, -siendo la última vez referido a la Comisión Sobre Alcoholismo egresando con diagnóstico " Alcoholismo crónico, sin dro cerebral agudo debido a intoxicación alcohólica con a lucinaciones, personalidad inadecuada".

Fue atendido por la Comisión Sobre Alcoholismo en el año 1951 a donde asistía generalmente en estado de ebriedad; se negó siempre a recibir el tratamiento de Terapia - de Grupo.

El estudio reflejó un paciente con problemas familiares, ya que su madre quien tuvo seis hijos con su esposo - quien falleció, lo tuvo a él y a su hermano menor extramatrimonialmente; este siempre lo mortificó y más aún cuando el hombre a quien conocía como su padre, le prohibió lla - marle "papá".

Desde muy niño se dio cuenta de su baja estatura, lo que le produjo complejo de inferioridad, que en su opinión fue lo que lo empujó a beber; trató de compensar esta desventaja física, por medio del estudio llegando a ser conta bilista y colocándose en un Banco; a los 25 años sus comple jos se hicieron más fuertes bebiendo al principio en forma moderada y posteriormente se le hizo indispensable; así comenzaron sus problemas serios y tuvo que cambiar de empleo muchas veces pues perdió el primero; los pocos trabajos de

contabilidad que le quedaban también los fue perdiendo poco a poco. A consecuencia de lo anterior sus relaciones familiares se hicieron más tirantes y su alcoholismo más agudo; llegó el momento en que sólo paraba de beber cuando lo encarcelaban; nada dio resultado; su resentimiento hacia la familia cada vez era mayor; algunas veces fue acusado de faltar a la moral ya que en estado de ebriedad se desnudaba.

El paciente es persona extrovertida, aparentemente culta, utiliza mecanismo de defensa para justificar su alcoholismo achacando su problema a la carencia de trabajo; - también culpa a su familia de dicho problema, sobre todo a su hermano menor. Experimenta sentimientos de culpabilidad pues pudiendo él trabajar no ayuda a su madre anciana.

El tratamiento social se llevó a cabo en coordinación - con el médico tratante, y "Alcohólicos Anónimos" con el fin primordial de que reconociera su alcoholismo; las visitas de algunos miembros de Alcohólicos Anónimos lograron interesarlo en el programa; la Trabajadora Social intervino en el problema económico a la vez que trató también de motivar lo para que aceptara dicho tratamiento para su alcoholismo; en muchas oportunidades tuvo recaídas, pero con la ayuda de esa Organización volvió a las reuniones; también le dio apoyo sicológico con el objeto de que reanudara sus gestiones para obtener empleo, orientándole hacia el Colegio de Contabilistas Privados, donde le ofrecieron ayuda en cuanto a colocación laboral; actualmente el paciente está en vías de -

recuperación y expresa su reconocimiento a Alcohólicos Anónimos, pues antes nunca había logrado sobriedad.

Caso No. 2

Este es un paciente E.S.S. de 36 años de edad, casado, con una mujer de su misma edad y padre de 7 hijos de corta edad. Su oficio es el de jornalero, cesante a raíz de una amputación sufrida. El paciente es hijo extramatrimonial, su padre goza de una buena posición económica pero no lo reconoce como hijo; su preparación académica es baja (segundo grado) y siempre sufrió privaciones económicas, dedicándose con frecuencia a tomar licor, costumbre muy difundida en su lugar de residencia. Cuando casó, a pesar de padecer de una úlceragigante de pierna, pudo sostener económicamente a su familia trabajando como jornalero; pero posteriormente se le hizo difícil, asumiendo su esposa la responsabilidad total de la misma; ella es de buen carácter al igual que el paciente y sus relaciones personales eran buenas, hasta que a raíz de la citada amputación se dedicó a ingerir licor al extremo de utilizar el dinero que ella ganaba para pagar el alquiler de la casa, en bebidas alcohólicas. Al inicio su esposa y el paciente ocultaban esta adicción al licor pero posteriormente se les hizo ver que era un problema que estaba afectando a toda la familia y también al paciente en el aspecto físico, ya que en sus periodos de crisis quebraba las prótesis profesionales que le eran adaptadas en el Departamento de-

Rehabilitación; a la par del tratamiento médico y de fisioterapia se le brindó tratamiento social tendiente a su rehabilitación integral que consistió en la adaptación de la pierna ortopédica y su colocación laboral, fue necesario recurrir a Alcohólicos Anónimos ya que el alcoholismo del paciente no permitía el avance de su recuperación física. La labor de la Trabajadora Social en el aspecto de su alcoholismo consistió en hablarle al paciente acerca de su enfermedad y de comunicarlo con dicha Organización quienes le ayudaron hasta lograr incorporarlo al grupo existente en su lugar de residencia. Gracias a esta valiosa ayuda, el tratamiento médico y social fue positivo-lográndose que el paciente se recuperara física y socialmente; su responsabilidad en el hogar aumentó mostrando deseos de mejorar la vivienda y las condiciones de vida de su familia, siendo posible suspenderle la ayuda que en la Dirección General de Bienestar Social se le estaba brindando.

II PARTE
ANALISIS DE LA ENCUESTA
CAPITULO I

El Alcohólico y su familia

Dada la importancia que en el desarrollo del alcoholismo tiene la familia, he dedicado parte de este estudio al análisis de este tópico.

He considerado como familia del enfermo aquel grupo de personas con las cuales vivía en el momento en que fue estudiada su situación, ya que un porcentaje alto de los pacientes son casados o viven con sus hijos solamente o con su compañera; de esta forma el grupo con el que convive generalmente incluye tanto a los familiares en el concepto de consanguineidad como a los de procreación.

Los diversos estudios realizados acerca del alcoholismo han concluido que el alcoholismo se manifiesta como tal, abiertamente, a una edad relativamente temprana; John C. Ford S.J. (18) señala que la gran mayoría de los alcohólicos son de edad entre 30 y 55 años y que se ha estimado que de seis alcohólicos uno es del sexo femenino, pero que se considera que es una proporción muy baja, ya que el alcoholismo en las mujeres va en aumento. La Lic. Thais Castro Marín (19) en el estudio hecho de 50 pacientes en el

18*- Ford S.J. John C. "Alcoholismo" pag. 5 Publicación

Hospital Siquiátrico Chapuí, encontró que la mayor incidencia de enfermos estaba entre los 25 y 35 años de edad. En el presente estudio, también sobre cincuenta pacientes, encontró que el número de estos se concentró en los que refirieron tener de 26 a 45 años de edad; este porcentaje subió a un 56 % (cuadro No.1)

Es importante indicar que el porcentaje de mujeres -alcohólicas en este estudio fue el de 10% en comparación con los resultados del estudio de John C. Ford. de cada diez alcohólicos, uno es de sexo femenino.

Encontré un grado de desintegración familiar mayor cuando el paciente alcohólico pertenecía al sexo femenino, ya que a pesar de 4 de las 5 enfermas informaron dedicarse a oficios domésticos, encontró que en mayor o menor grado se dedicaban también a la prostitución.

Pude notar que el paciente alcohólico se va aislando, ya que el 28% del total de enfermos estudiados viven solos, correspondiendo el 8 % a pacientes casados y el 20% a los solteros, como puede verse en el cuadro N. 4. Sin excepción en todos los casos, el motivo de esta situación fue su alcoholismo, ya que su actitud, agresiva en unos casos, de irresponsabilidad en otros, lo llevó a romper relaciones con sus parientes y amigos. Encontré que muchas de esas situaciones fueron agravadas por el concepto que estos familiares tienen del alcoholismo, de no aceptar la condición de enfermo del alcohólico considerándolo frecuentemente como un "sinvergüenza" y cuando lo aceptan como enfermo, lo obligan a ponerse en tratamiento, provocan

do de parte de ellos, una resistencia mayor.

La actitud de la familia es determinante en la posible recuperación del alcohólico, pues como cita Jellineck, de las relaciones que el enfermo tenga con parientes, amigos y el medio ambiente, depende el grado de dificultad que este encuentre para lograr un ajuste positivo, con estas personas. El siguiente ejemplo de la situación encontrada en uno de los casos estudiados, ilustra lo anterior: Se trata de un paciente de 42 años de edad, con diagnóstico médico "Gastritis Alcohólica probable Úlcera Duodenal" - quien debido a su forma de tomar, que se caracteriza por "tandas" de dieciocho días acompañadas de una conducta agresiva, ha despertado un rechazo de parte de sus hijos, los cuales manifiestan; unos que lo odian y otros que le temen en forma extremada. Por lo anterior su esposa lo expulsó de la casa, asumiendo ella el control económico del hogar; la situación descrita ha aumentado la gravedad del alcoholismo del paciente quien al carecer de hogar propio y de la comprensión de su familia, puede decirse que permanece intoxicado. Además tanto su esposa como sus hijos son personas emocionalmente enfermas.

La desintegración familiar encontrada en los casos estudiados, es elevada, como puede verse en el cuadro No.4. Del total de pacientes casados, que representan el 52 % de la muestra, el 24 % permanecen en sus hogares, el 4 % son viudos y el 24 % de los restantes ya han deshecho su hogar; de éstos, 4 pacientes, que representan el 8% del total viven solos; más adelante analizaré más detalladamente este -

aspecto, ya que constituye uno de los problemas que el -
alcohólico representa para la Institución.

El presente estudio indicó que ese 24 % de los pacientes
que aún conservan su hogar, confrontan serios problemas
económicos y sociales, lo que hace temer que en un -
período de tiempo más o menos prolongado, puedan romper-
las ya tirantes relaciones afectivas con su familia y pasen
a engrosar el número de pacientes que además de su -
alcoholismo presentan el problema de carecer de hogar propio.

El paciente alcohólico es, no raras veces, una persona
con suficiente capacidad intelectual, como para desempeñar
su función útil en la sociedad. Los pacientes estudiados
pertenecientes todos en un principio a la que conoce
mos como "clase media", actualmente sólo les queda como
vestigio, el que casi la totalidad cuentan con un oficio-
calificado; es muy posible que serían padres e hijos responsables,
de no sufrir la enfermedad que nos ocupa. Este
estudio pone de manifiesto que el alcoholismo lleva a la-
miseria al enfermo y a su familia; el cuadro No.5 indica
este grado de problema económico existente en los hogares
del enfermo adicto al licor.

El mayor número de pacientes se encuentran entre los -
que informaron tener un salario de ₡1.00 (un colón) a
₡200.00 (doscientos colones) representando el 34 % del total;
también fueron numerosos los que manifestaron no tener
ningún ingreso económico o que negaron dar este dato;
generalmente se encontraban sin empleo a causa de su plac

coholismo; este porcentaje ascendió al 16 % del total.

También es importante anotar, que los pacientes clasificados entre estos niveles económicos, son los que tienen mayor número de hijos o de personas bajo su responsabilidad económica, lo que agrava la ya descrita miseria de sus hogares.

Cuadro No. 3.

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO

AÑO 1967

EDAD (años)	TOTAL	PORCIENTO	SEXO	
			F.	M.
15 -- 25	7	14 %	1	6
26 -- 35	14	28 %	2	12
36 -- 45	14	28 %	2	13
46 -- 55	8	16 %	-	8
56 -- 65	5	10 %	1	4
66 -- 75	2	4 %	-	2
Totales	50	100 %	5	45

Cuadro No. 4

RELACION ENTRE EL GRUPO FAMILIAR Y EL ESTADO CIVIL
DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS ESTUDIADOS AÑO 1967-

GRUPO FAMILIAR	ESTADO CIVIL									TOTAL GENERAL
	Casado						Soltero			
	Igual	Divor ciado	Viudo	Unión Libre	Sepa rado	to tal	Igual	Unión Libre	To tal	
Hijos	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1
Hermanos	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Padres- Hijos Hermanos	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Conyuges-Hijos Padres	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Madre	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Otros Parientes	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
Compañera Hijos	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Hijos-Madre	-	1	-	-	-	2	1	-	-	3
Hijos-Otros Parientes	-	2	-	-	-	2	2	-	2	4
Padres-Otros Parientes	-	2	-	-	-	2	6	-	6	8
Cónyuge-hijos	10	-	-	-	-	10	-	-	-	10
SClos	-	-	1	-	2	4	9	1	10	14
Totales	12	5	2	1	6	26	23	1	24	50
Porcentajes	64%	10%	4%	2%	12%	52%	46%	2%	48%	100%

CUADRO N° 5

NUMERO DE PERSONAS A CARGO DE CADA PACIENTE SEGUN SU OCUPACION E INGRESO MENSUAL AÑO 1967

OCUPACION DE LOS PACIENTES	201 - 400							401-600							601-800							SIN DATOS (b)							TOTAL	PORCENTAJE			
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3			4	5	6
Cobrador																																1	2 %
Grabador																																1	2 %
Obreros	4	2	1				3	2	1					7										3	1							20	40 %
Mecánico								1																								1	4 %
Of. Domésticos	1					1	1																	1								4	8 %
Comercio	1	1	1				1																	2	1							7	14 %
Miscelaneo							1																									1	2 %
Músico														1																		1	2 %
Cantinerero	1						1																									2	4 %
Oficinista												1																		1		2	4 %
Guardia Civil															1																	1	2 %
Panadero							1							1																		2	4 %
Periodista																														1		1	2 %
Tractorista							1																									1	2 %
Prostitución																														1		1	2 %
Contabilista																														1		1	2 %
Electricista																														1		1	2 %
Sin Datos																														1		1	2 %
TOTALES																																	

NOTA: a) se tomó aquí aquellos pacientes que informaron tener un ingreso mensual variable bajo

b) se incluyeron los pacientes que informaron no tener salario. + = más d

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL GRUPO
FAMILIAR AL QUE PERTENECEN

AÑO: 1967

Cuadro No.6

GRUPO FAMILIAR	N° PACIENTES	%
HIJOS	1	2%
HERMANOS	1	2%
PADRES HIJOS- HERMANOS	1	2%
CONYUGUES HIJOS PADRES	1	2%
MADRE	2	4%
OTROS PARIENTES	2	4%
COMPAÑERA HIJOS	3	6%
HIJOS MADRE	3	6%
HIJOS OTROS PARIENTES	4	8%
PADRES OTROS PARIENTES	8	16%
CONYUGUES HIJOS	10	20%
SOLOS	14	28%
TOTAL	50	100%

El siguiente caso trabajado en el Departamento de Servicio Social, pone de manifiesto la influencia que el ambiente familiar ejerce en el desarrollo de la enfermedad del alcoholismo:

Se trata del paciente M.R.G. atendido en el Hospital por Diagnóstico médico "Fractura desplazada de columna", presentando dos hospitalizaciones por "Alcoholismo".

En el Hospital Siquiátrico Chapuí fue internado en dos oportunidades, por Diagnóstico médico "Síndrome Cerebral agudo por intoxicación alcohólica con ideas de suicidio" en la primera ocasión y en la segunda por "Intoxicación con reacción sicótica".

El estudio reflejó la situación de un paciente de 21 años de edad, de oficio panadero y soltero, es el menor de 2 hermanos y procede de un hogar completamente desintegrado. Cuando contaba con 5 años de edad, su padre, quien se encontraba separado de su madre, presentó una denuncia ante el Patronato Nacional de la Infancia, acusándola de adulterio y mal ejemplo para el menor. La señora aceptó los cargos acusando a la vez a su esposo, de ser un alcohólico y de tener amantes. Como resultado de esto él fue depositado legalmente en la casa de sus abuelos paternos. En este hogar permaneció hasta la edad de 14 años, de donde salió porque su padre le impedía casarse; también culpa de su huida del hogar al alcoholismo de su padre,

Más tarde, de la unión libre con la joven, tuvo dos hijas. Refiere que dicha joven quien es prostituta, entregó en adopción a la menor de sus hijas, sin su consentimiento

to, temiendo él que sea un caso de "Trata de Blancas". Toda la tensión que la situación descrita producía en el paciente, la trató de disminuir con el licor, convirtiéndose en un alcohólico con problemas a la edad de 21 años. Es notable, la similitud entre la situación vivida en la infancia y la que en su vida adulta se le presentó, pareciendo haber una identificación con su padre alcohólico ; la conducta de su compañera es similar a la de su madre (del paciente) y su propia vida de niño, parece repetirse en la de su hija, que fue dada en adopción por su compañera.

En este caso fue necesario trabajar con el padre del paciente y los otros familiares así como coordinar con el médico siquiatra, debido a las afecciones mentales presentadas por el Sr. M.R.G.

CAPITULO II

La Actitud del Enfermo Alcohólico y su Familia

.-Ante el Problema del Alcoholismo

De los 50 pacientes entrevistados, 28 manifestaron considerarse alcohólicos, reconociendo éstos, que no pueden controlar la bebida; 3 de ellos opinaron que el estado de intoxicación es la única forma de vivir; de lo contrario, experimentan una angustia que no pueden tolerar sin el licor. La mayor parte de los alcohólicos estudiados toman en forma continua por períodos más o menos largos, situación conocida popularmente como "tanda alcohólica". Sicológicamente enfocada esta forma de beber, se considera que

el enfermo hace una relación del alcohol con el placer y el dolor; cuando ya lo que le produce es un dolor excesivo, tenemos al enfermo que lucha desesperadamente por controlar su bebida y lo que ellos llaman "detenerla tanda". Generalmente el hecho de lograr mantenerse en abstinencia durante algún tiempo más o menos prolongado, les hace adquirir cierta seguridad que casi siempre los lleva de nuevo a tomar. Así tenemos que entre la información dada por los pacientes entrevistados, manifiestan que pueden durar 9-6-4 ó 3 meses, ingiriendo licor y luego períodos igualmente prolongados de abstinencia.

De estos pacientes 21 se han puesto en tratamiento, específicamente para su alcoholismo o sea, sólo 7 no han tenido orientación en este aspecto. Esta actitud del paciente que se considera alcohólico, es un indicio de que está en mayor capacidad para intentar su recuperación. De los 21 pacientes que informaron haber recibido tratamiento, lo obtuvieron de parte de la Comisión Sobre Alcoholismo. El Hospital Siquiátrico Chapul y Alcohólicos Anónimos. Su opinión acerca del beneficio recibido de este tratamiento, puede resumirse en las siguientes cifras:

8 se trataron sólo en la Comisión Sobre Alcoholismo, obteniendo 4 de ellos resultados beneficiosos. 4 recibieron sólo tratamiento siquiátrico, informando 3 de ellos que no obtuvieron ningún beneficio. La razón dada fue la de que el ambiente es tan inadecuado, que salieron suma-

mente deprimidos, refugiándose nuevamente en el licor al-egresar. 4 recibieron tratamiento en Alcohólicos Anónimos, -obteniendo resultados positivos, 2 de ellos.; 4 informaron haber recibido tratamiento tanto en La Comisión Sobre Alco-holismo como en el Hospital Siquiátrico Chapuí, obteniendo buenos resultados 2 de ellos; uno manifestó haber recibido tratamiento en la Comisión Sobre Alcoholismo, en el Hospi-tal Siquiátrico y en Alcohólicos Anónimos, opinando que es el sistema que mejores resultados da.

De los pacientes estudiados, 22 informaron no conside-rarse alcohólicos, manifestando la mayoría que pueden dejar de beber cuando quieran. Su opinión es la de que el alcoh-lismo no es una enfermedad y que por lo tanto el dejar de -beber sólo depende de su voluntad; 8 de estos pacientes to-man en forma excesiva y por períodos prolongados o "tandas" Como puede comprenderse, son pacientes de difícil recupera-ción, ya que no aceptan su alcoholismo.

En cuanto a la actitud de la familia ante el alcoholis-mo, encontré que 18 rechazan a su pariente alcohólico, pro-duciendo agravamiento del problema. Es la actitud más gene-ralizada y por supuesto, la más perjudicial.

Entre los familiares de 10 de los enfermos encontré -que lo comprenden y tratan de ayudarlo, situación que ha con-tribuido si no a la recuperación total, al menos a ejercer -mayor control sobre la bebida. Entre las actitudes de los fa-miliares del paciente alcohólico, encontré una aceptación de la situación poco beneficiosa para él, ya que está basada en

una práctica de ellos mismos del alcoholismo; dicha acti
tud concretamente la encontré en 5 casos. Lo anterior dis
minuye notablemente los esfuerzos que él pueda hacer por
vencer su enfermedad. Una actitud similar presentaron los
familiares de 4 pacientes, quienes ne lo consideran al -
cohólico; la razón expuesta fue la de que toman social -
mente, esto nos demuestra el escaso conocimiento que de -
esta enfermedad existe y de su peligrosidad.

Los familiares de 5 de los pacientes mostraron una -
actitud de enojo, pues no pueden comprender por qué si les -
perjudica tanto, insisten en seguir tomando.

Contraria a la actitud señalada primero, de los fami-
liares que rechazan al enfermo alcohólico, 3 mostraron -
marcada indiferencia; actitud que puede considerarse tan
negativa como la descrita antes.

Los familiares de uno de los pacientes tomaron una -
actitud sobre-protectora, ante la impotencia para conven-
cerlo de que deje la bebida; su actitud llega al extremo-
de asumir por él todas sus responsabilidades, inclusive el
pago de una pensión alimenticia.

Las diversas actitudes de los familiares de los estu-
diados, muestra la complejidad del problema y la gran de-
sorientación que produce en las personas que más directa
mente están relacionadas con él. De aquí se deduce la im-
portancia de que el tratamiento abarque también a la fami-
lia del enfermo.

Entre los numerosos hechos que los pacientes nencio
naron como causa de su alcoholismo, encontré que 15 de ellos

hablan de los sufrimientos y frustraciones que los indujeron a beber, como pérdida de los padres, abandono de la esposa, lo que muestra claramente una de las características del enfermo alcohólico, que es su baja tolerancia a las tensiones y sufrimientos; 13 se refirieron con amargura a las experiencias tenidas en la infancia, como abandono por parte de los padres o pérdida de uno de ellos en la niñez, lo que los incapacita para orientarse debidamente en la adolescencia y la edad adulta.

Es importante señalar el dato de que 10 de los enfermos citaron como causa de su alcoholismo, la influencia de amigos, parientes y el ambiente en que se desenvuelven emitiendo expresiones como las siguientes " Es una costumbre de mis padres y antepasados" ; "Creo que mi alcoholismo se debe a mis numerosas actividades sociales", "Tomo porque mis amigos toman, en los centros que visito hay mucho licor" "Me han proporcionado licor desde la edad de 4 años" . Esto nos demuestra lo arraigado que está en nuestra cultura, la ingerencia de bebidas alcohólicas.

El cuadro siguiente, muestra un resumen de las respuestas dadas por los pacientes entrevistados a las siguientes preguntas:

- 1- ¿Se considera alcohólico?
- 2- ¿Ha recibido tratamiento?
- 3- ¿Considera que el tratamiento mencionado ha sido beneficioso?
- 4- ¿Cuál cree que es la causa de su hábito de beber?
- 5- ¿Cree que su alcoholismo ha influido en su estado general de salud?

...

- 6.- ¿En qué forma?
- 7.- ¿Que opina su familia con relación a su problema?
- 8.- ¿Cree que su vida familiar se ha visto afectado por su alcoholismo?

CUADRO RESUMEN
ASPECTOS RELATIVOS A LA ACTITUD DEL ENFERMO Y SU FAMILIA ANTE SU ALCOHOLISMO
AÑO 1967.

PACIENTES (a)	ALCOHOLICO (b)	TRATAMIENTO (c)	CAUSAS DEL ALCOHOLISMO (d)	AFECTA LA SALUD GENERAL (e)		OPINION DE LA FAMILIA (f)		EFECTOS EN LA FAMILIA (g)	
				EN QUE FORMA	ANTE EL PROBLEMA	PROBLEMAS			
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	X	X	X	X	X	X	X	X	X
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32	X	X	X	X	X	X	X	X	X
33	X	X	X	X	X	X	X	X	X
34	X	X	X	X	X	X	X	X	X
35	X	X	X	X	X	X	X	X	X
36	X	X	X	X	X	X	X	X	X
37	X	X	X	X	X	X	X	X	X
38	X	X	X	X	X	X	X	X	X
39	X	X	X	X	X	X	X	X	X
40	X	X	X	X	X	X	X	X	X
41	X	X	X	X	X	X	X	X	X
42	X	X	X	X	X	X	X	X	X
43	X	X	X	X	X	X	X	X	X
44	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	X	X	X	X	X	X	X	X	X
47	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	X	X	X	X	X	X	X	X	X
49	X	X	X	X	X	X	X	X	X
50	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TOTAL 28/22

21/29

37/13

36/14

CLAVE:

- (a) -
- (b) -
- (c) - CSA = Comisión Sobre Alcoholismo
 Siq. = Siquiátrico
 AA = Alcohólicos Anónimos
 CSA-E-AA = Comisión Sobre Alcoholismo- Siquiátrico- Alcohólicos Anónimos
- (d) - Mad= madre
 esp= esposa
- (e) - nerviosismo= nerviosismo
- (f) - ayuda= ayudar
- (g) - Familia= familiares
 desint.familia= desintegración familiar
 Problema= problema

MCEB/ente

CAPITULO III

El Alcohólico Hospitalizado y los Problemas Encontrados

- Por él en la Institución-

Como mencione en la Introducción, he tratado de enfocar el problema del paciente hospitalizado, desde dos puntos de vista: del paciente mismo, y de la Institución, en el entendido de que es necesario tomar en cuenta en el resultado del estudio, el elemento de subjetividad que necesariamente acompaña la información obtenida.

El grupo de pacientes investigado, en términos generales, tuvieron una permanencia corta en el Hospital, lo que fue un elemento que limitó en parte el estudio de los posibles problemas que el alcohólico encuentra al ser hospitalizado, ya que lo anterior no les permitió experimentar. Posiblemente debido a esta circunstancia, el 26 del total de pacientes, informaron no haber tenido ningún problema durante el poco tiempo que permanecieron hospitalizados. En muchos de estos informantes influyó notablemente la circunstancia apuntada, de que la suscrita fuera una representante de la Institución, a pesar de la interpretación hecha a los mismos, de que el objetivo del estudio era con fines científicos.

En general, todos los pacientes manifestaron estar agradecidos con esta Institución, puesto que ingresaron en muy malas condiciones y el mejoramiento físico obtenido -- fue notable.

No deja de ser de importancia, la información dada por el resto de los pacientes que alcanzó el 44% del total, acerca de los problemas confrontados durante la hospitalización.

Como analicé en los capítulos anteriores, el alcoholismo es una enfermedad que produce serios problemas al paciente y a su familia, encontrando que en el aspecto económico es definitivo su impacto. Vimos que gran número de los sujetos estudiados, han perdido el empleo, llegando a la miseria, Ocupó por lo tanto, el problema económico el primer lugar, entre la información dada. El 14 % de estos enfermos, refirieron confrontar este tipo de dificultad, afectándolos seriamente durante la hospitalización llevándolos en ocasiones a solicitar la salida exigida. Lo anterior llama la atención, puesto que una de las características que se dice tiene el adicto al licor es su despreocupación por estos aspectos; sin embargo; observé que el estado de desintoxicación hace que el paciente vea en forma más clara su situación y reconozca muchos de los problemas que el alcohol le causa. En este momento de su hospitalización, es por lo tanto, generalmente una circunstancia propicia para analizar con él su enfermedad y prepararlo para que complemente el tratamiento médico recibido con cualquiera de los tratamientos específicos para su alcoholismo, que a través de la Comisión Sobre Alcoholismo, El Hospital Siquiátrico Chapuí y A. A. existen.

Planteé como la segunda Hipótesis de este estudio, que el paciente alcohólico no es aceptado por el personal

del Hospital, específicamente por médicos y enfermeras, - con base en la observación de las actitudes de algunos - de estos funcionarios, en el trato con el alcohólico.

El siguiente caso ilustra esta situación:

Se trata del Sr. L.F.A.A. de 61 años de edad traído al Servicio de Emergencias por un policía, quien refirió haber encontrado al paciente en un potrero en estado de inconciencia. Al parecer tenía 4 días de permanecer ahí - sin ingerir alimentos. La investigación realizada por la T.S. dio a conocer que se trataba de un enfermo alcohólico quien cuenta con 7 hospitalizaciones en el Hospital Siquiátrico Chapul, por "alcoholismo". El estado físico en que el paciente fue traído era lamentable, la falta de alimentos casi no le permitía moverse. A pesar de lo anterior, no se consideró necesaria su hospitalización, pues su condición física era consecuencia de su problema social, en este caso su alcoholismo. Para realizar la investigación - del caso, hubo que llevar al paciente a un hotel y estarlo trayendo a la Consulta Externa, para mejorar sus condiciones físicas generales. En tanto, la T.S. localizó a los familiares, quienes resultaron tener buena posición económica, informando que el Sr. L.F.A.A. se alejó de ellos por su alcoholismo, y que tiene un ingreso económico mensual - proveniente de los intereses de unos bonos depositados en el Banco. Con esta información y encontrándose el paciente mejor físicamente, la T.S. gestionó su traslado a un Asilo para Ancianos, el cual se efectuó.

Del estudio de estos 50 pacientes, sólo puede deducirse que este problema existe, aunque en un grado relativamente bajo y que puede estar determinado por numerosos factores, difíciles de captar en un estudio corto - como éste, tales como los siguientes: Trastornos de personalidad del paciente a consecuencia de su alcoholismo. Proyección hacia el paciente de parte de estos funcionarios del hospital que no lo aceptan, de problemas personales con el alcohol. Importancia ante el difícil y complicado problema del alcoholismo.

El siguiente cuadro, muestra los problemas que los alcohólicos confrontaron durante su hospitalización

PROBLEMAS CONFRONTADOS POR LOS PACIENTES DURANTE SU HOSPITALIZACION AÑO 1967

TIPOS DE PROBLEMAS	Nº PA- CIENTES	%
INDIFERENCIA DEL PERSONAL MEDICO HACIA LOS PACIENTES	4	8 %
CREEN QUE PERSONAL MEDICO LOS RECHAZA POR FRECUENTES INGRESOS	8	16 %
SE AFECTA EL PRESUPUESTO PERSONAL Y FAMILIAR	7	14 %
MALAS RELACIONES CON COMPAÑEROS DEL SALON	1	2 %
INDISCRECION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL TRATO PACIENTES	2	4 %
OBLIGACION DE TOMARSE LAS MEDICINAS CONTRA SU GUSTO	2	4 %
ENFERMERAS LE NEGABAN CIERTOS MEDICAMENTOS	1	2 %
PACIENTES QUE NO CONFRONTARON PROBLEMAS	26	52 %
TOTAL	50	100 %

Como anoté anteriormente, el problema económico, fue el más citado por los pacientes.

El segundo lugar lo ocupó el rechazo por parte de los médicos, debido, en la opinión de estos pacientes a sus frecuentes ingresos. Rechazo captado por ellos, en las frases que les dirigían, como la siguiente, repetida por uno de los pacientes entrevistados "En la calle se ponen la juma y luego vienen a que los curen"; lo anterior muestra una gran incomprensión del alcoholismo como enfermedad y nos trae a la memoria, la opinión tan generalizada, de alcoholismo como un estigma. La amargura de estos pacientes que sabemos son despreciados casi por todos los que los tratan, puede reflejarse en la siguiente opinión de uno de estos enfermos: "Hay una Dra. que pareciera que odia a los alcohólicos" pude comprobar que este paciente procede de un hogar desintegrado y que su grado de alcoholismo es alto; la misma actitud tiene hacia su familia y autoridades legales. El No. de pacientes que manifestaron haber tenido problema durante su hospitalización, fue de 8, que representa el 16% del total de la muestra.

El 4% de los pacientes entrevistados refirieron que los médicos se mostraron indiferentes ante su enfermedad; indiferencia reflejada en el hecho de que al pasar visita, sólo mencionaban: "Es un alcohólico", y no los examinaban, o que les daban la salida sin estar curados, según su opinión; el porcentaje de estos pacientes con relación al total, alcanzó el 8 %.

El problema que ocupó el cuarto lugar, fue el relacionado con el personal de enfermería, citado por 2 pacientes que representa el 4% del total de la muestra; refirieron éstos que las citadas enfermeras hacían comentarios bruscos acerca de los alcohólicos, cuando algunos ingresaban, citando frases con la siguiente: "Qué pereza ahí viene otro borracho". Uno de ellos opinó que en realidad tenían razón, ya que en su caso, cuando ingiere licor reacciona en forma agresiva.

Sólo un paciente, manifestó tener problemas con sus compañeros, que lo molestaban y le hacían mucho ruido; este paciente es sumamente agresivo y su alcoholismo lo ha llevado a un notable aislamiento. Desde que sus condiciones físicas le permitieron deambular, se pasaba el día caminando por los corredores; mostró casi sorpresa cuando me interesé en su problema, notando que varió favorablemente su anterior conducta de agresividad (en el momento de realizar este estudio, el paciente se encontraba hospitalizado de nuevo).

Un paciente citó como problema el hecho de que las enfermeras no le daban las medicinas; tuvo que recurrir al médico para que lo hicieran.

Por el contrario, una paciente se quejó de que las enfermeras le exigían tomarse las medicinas; ésta es una enferma que ingresa con mucha frecuencia y que casi siempre pide la salida exigida. (Estos casos muestran la complicada conducta del alcohólico y por lo tanto es recomendable que su atención se efectúe en un Centro de especialización.

Como puede apreciarse, el total de pacientes que refirieron tener dificultades durante su hospitalización - con médicos y enfermeras, fue de 16 o sea el 32 % de la muestra.

El cuadro No. 8 nos muestra el resultado de la investigación con relación al beneficio o no de la hospitalización, según los pacientes estudiados.

Consideré importante estudiar este aspecto, ya que nos dará información acerca de los resultados obtenidos por el paciente de la hospitalización y lo que por él está haciendo la Institución.

Como puede verse en este cuadro, el 78% de los pacientes consideraron beneficioso su internamiento, apuntando como principal razón para opinar así, el hecho de que le quitaron los síntomas desagradables, consecuencia de su ingerencia continua de licor, o sea que lo desintoxicaron; (57%) encontré que la mayoría de estos pacientes continúan tomando poco después de que egresan del Hospital y algunos lo hacen inmediatamente, aunque en forma moderada, por temor a una nueva hospitalización, citando algunos pacientes, esto, como una razón para considerarse beneficiosa su hospitalización; vemos que en No. de pacientes que lo consideran así, suman un porcentaje del 12% del total. El 14 % de los pacientes restantes dan como razón del beneficio de su hospitalización, la buena atención médica y el buen trato del personal.

El 22% de los pacientes estudiados refirieron no con-

siderar beneficiosa la hospitalización, recayendo nuevamente la mayor cantidad de respuestas en los aspectos relacionados con la atención médica.

Lo anterior es en mi opinión, el resultado lógico en un Hospital general como el San Juan de Dios, que debido a sus limitaciones tanto de planta física como de personal, atiende al alcohólico como a un paciente más.

De esto podemos deducir que en cuanto a alcoholismo propiamente dicho, solamente el efecto que el temor a una nueva hospitalización produce en el paciente es lo que indirectamente está beneficiando a unos pocos enfermos, si esto puede considerarse como algo positivo.

DISTRIBUCION DE PACIENTES EN CONSIDERACION
AL

--BENEFICIO DETECTADO SOBRE SU HOSPITALIZACION

AÑO 1967

Cuadro No.8

<u>RAZONES BENEFICIOSAS</u>	<u>No. Pacien</u> <u>tes.</u>	<u>%</u>
DESINTOXICACION	26	52%
BUENA ATENCION MEDICA	5	10%
MODERO LA FORMA DE TOMAR POR TEMOR A LA HOSPITALIZACION	6	12%
BUEN TRATO DEL PERSONAL	2	4%
SUB TOTAL	39	78%
<u>RAZONES NO BENEFICIOSAS</u>		
NADA LE HICIERON	3	6%
AL SALIR AUN SE SENTIA MAL	3	6%
MALA ATENCION MEDICA	3	6%
NO CREYO NECESARIA LA HOSPITALIZA CION	1	2%
TRATAMIENTO INADECUADO (a)	1	2%
SUB*-TOTAL	11	22%
TOTAL GENERAL	50	100%

Nota:

a- Paciente afectado mentalmente.

De los 10 médicos entrevistados, pude observar, que todos muestran no sólo interés por el problema, si no también preocupación.

De estos, sólo 3 consideraron que el alcohólico no es aceptado por los médicos y que los motivos de esta no aceptación, es posible que se deba a factores personales (proyección de algún problema con el alcohol) o más probablemente a limitaciones inherentes a la Institución, en el aspecto de planta física y de personal. Un médico de Emergencias mencionó que el alcohólico está en "la tierra de nadie", refiriéndose a que a pesar de que es un enfermo que el médico sabe que está muy enfermo, no se considera su "cuadro" como emergencia, por lo que el tratamiento que se le da es paliativo; su enfermedad es del cuerpo y sobre todo del alma.

Los 7 médicos restantes manifestaron considerar al alcohólico como un enfermo que a pesar de que por su alcoholismo, despierta cierto rechazo, tiene derecho a esta atención como cualquier otro paciente.

De las 10 enfermeras entrevistadas, sólo una manifestó haber observado rechazo hacia el paciente alcohólico; 7 manifestaron que a pesar de que en ocasiones presenta problemas de disciplina, generalmente cuando les pasa el período de intoxicación, son personas hasta agradables. Las dos enfermeras entrevistadas, del Servicio de Emergencias, informaron que les es difícil tratar a los alcohólicos, pues su actitud es siempre negativa, debido a su estado; algunos insisten en que los hospitalicen y cuando-

se determina que deben quedarse internos, se niegan a aceptarlo.

Como puede observarse, la anterior información sólo representa la visión acerca del problema, de un pequeño grupo de funcionarios, pero sí indica en forma clara, que el Hospital San Juan de Dios, no es la Institución más adecuada para la atención del paciente alcohólico; esto no quiere decir que no deba ser atendido aquí; por el contrario, indica que hay todavía mucho que hacer por este tipo de paciente.

CAPITULO IV

EL ALCOHOLICO HOSPITALIZADO Y LOS PROBLEMAS MEDICOS SOCIALES QUE PRESENTA A LA INSTITUCION

Opina Freud E. Laurence M.D. (20) que el alcohólico no debe ser hospitalizado sin considerar cuidadosamente sus necesidades sociales, económicas y siquiátricas, así como los síntomas médicos, ya que puede hacer que el paciente recese a un estado de más dependencia. Con relación a la hospitalización del paciente alcohólico, inidiqué en los capítulos anteriores que en el Hospital San Juan de Dios, dicho paciente es internado sólo cuando se considera que su caso es de emergencia, de-

20-* Laurence M.D. Freud E. "El manejo del alcohólico - como paciente externo "pág.4 Traducción de la Comisión sobre Alcoholismo del Quarterly Journal os Studie on Alcohol Suplemento No.1 Noviembre 1961.

cisión derivada principalmente de la dificultad que para la atención de este paciente existen y que ya señalé.

De los estudios realizados por John D. Achultz MD.(21) Se deduce que en un Hospital General, pueden atenderse alcohólicos adecuadamente, siempre que existan los recursos económicos y de personal suficientes; indica que el Hospital General del Distrito de Columbia Washington, un gran Hospital con 1.250 camas, se cuenta con un Servicio especialmente para alcohólicos, por considerar beneficiosa la ayuda que unos a otros puedan darse; dentro de este mismo Servicio, se encuentra funcionando un grupo de A.A. y grupos de terapia. Hace énfasis en la necesidad de que el ambiente sea agradable; como he analizado anteriormente, las características de nuestro Hospital, por el momento hacen imposible la creación de un servicio similar; en cuanto al ambiente, no puede ser menos agradable: varios de los pacientes entrevistados informaron su desagradable experiencia, al despertar entre otros enfermos sumamente adoloridos, que gritaban constantemente. (Ortopedia 1°).

Dadas las anteriores limitaciones, señalaré los problemas, más frecuentes que este tipo de paciente presenta a la Institución y que fueron resultado de este estudio. El cuadro No.9 señala la estadía de los pacientes -

21*- Schultz M.D. John D. "Tratamiento del alcoholismo en un Hospital General" pag.1 Traducción de la Comisión Sobre Alcoholismo de Quarterly Journal on Studies of Suplemento No.1 Noviembre 1961.

en el Hospital y la frecuencia de sus reingresos por alcoholismo. Una limitación para sacar conclusiones más valiosas, en este aspecto, es la carencia de datos (en este estudio) que permitan relacionar la situación del alcohólico en cuanto a estadía y reingresos, con otros grupos de pacientes.

Los pacientes tomados en cuenta para este estudio, resultaron ser enfermos que se hospitalizaron por primera vez, teniendo la mayoría una estancia en el Hospital relativamente corta, como indica el citado cuadro; la mayor parte de estos alcohólicos permanecieron internados de 1 a 3 días. Sólo 9 pacientes presentaron una estancia más prolongada, de 4 a 18 días.

Los pacientes que reingresaron, por el contrario, la mayoría tuvieron una estancia más prolongada, permaneciendo 13 de éstos entre 5 y 14 días; esto muestra la progresividad de la enfermedad y de las complicaciones que el enfermo sufre, conforme aumenta su ingerencia de licor.

De los 50 pacientes estudiados, sólo 14 fueron hospitalizados por diagnóstico médico "Comoción Cerebral alcoholismo" el resto o sea 36 que presentan el 72% del total, fueron hospitalizados por alcoholismo con complicaciones, siendo los más numerosos, los internados por "Gastritis Alcohólica".

El No. de pacientes que presentaron reingresos es considerable, ya que representaron el 44% del total; lo

cual reafirma lo que los pacientes entrevistados informaron; el Hospital significa para ellos un Centro de desintoxicación, que revela la ineficacia del tratamiento en el aspecto físico exclusivamente; opina lo mismo el ya citado autor John D. Schultz M.D., quien afirma (22) que el tratamiento del alcoholismo en su supresión, es de poca poca utilidad, si no se atienden los factores a largo plazo; agrega que un estudio estadístico reveló que - menos del 5% son admitidos en el curso de un año, el 15% en dos años y quince años, llega casi al 75%.

Otro de los problemas frecuentemente presentados por los pacientes alcohólicos es el de que piden salida exigida; lo anterior representa un desaprovechamiento de esfuerzos ya que como puede verse en el cuadro No.10 su estado físico de salida, casi siempre es igual al que tenían cuando ingresaron.

De los pacientes estudiados, 9 pidieron salida exigida, lo que representa el 18% del total, que es una cifra bastante significativa. De estos 9 pacientes encontré que 1 pidió la salida exigida, porque le dio pena con el médico, quien le habló en forma brusca acerca de su alcoholismo; porque tenía que ir a trabajar y si permanecía más tiempo hospitalizado, peligrosamente podía perder el empleo y el resto porque sentían molestias de "goma" y sólo en la calle se las podían quitar.

22*- Schultz M.D. John D. "Tratamiento del Alcoholismo en un Hospital General" pág.5 Traducción de la Comisión sobre Alcoholismo del Quarterly Journal on Studies of Alcohol. Suplemento No. 1 - Nov.1961.

El siguiente caso muestra el problema médico que esto representa:

Se trata de la paciente I.B.H. de 57 años de edad - casada, y separada de su marido; no tiene hijos.

Es paciente de este Hospital por diagnósticos médicos "Cardiopatía Alcohólica", "Alcoholismo Crónico", "Posibilidad de Cirrosis Hepática, "Gastritis Alcohólica.- Por este motivo se ha hospitalizado en diez oportunidades, siendo sus estancias relativamente cortas, ya que pide salida exigida. La Sra. I.B.H. tiene 40 años de tomar licor; no cuenta con familiares excepto con una hermana que también es alcohólica; el poco dinero que obtiene es a través de la práctica de la prostitución. A pesar de la intervención de la T.S. de este Hospital, como de la Comisión Sobre Alcoholismo, ha sido imposible interesarla en la posibilidad de ponerse en tratamiento para su enfermedad. El médico tratante, opina que mientras la paciente continúe ingiriendo licor, las hospitalizaciones no resolverán su problema de salud.

Se trató de colocarla en un Asilo para Ancianos, con el fin de evitar sus continuas crisis, que tienen una duración de un mes, pero la paciente no aceptó.

Generalmente la paciente se hospitaliza cuando se encuentra sumamente intoxicada; una vez que el alcohol va saliendo de su organismo pide salida exigida para quitarse la "goma" según su propia información. Como puede verse, es una paciente por la que poco puede

hacerse, tanto desde el punto de vista médico como el-social.

Fuse especial interés en los casos de los pacientes que viven solos, ya que como cité antes, presentan serios problemas sociales a la Institución, sobre todo cuando han llegado a la edad senil y no tienen familiares. De los 14 pacientes que viven solos, 8 o sea el 57% de éstos (los que viven solos) oscilan entre los 40 y los 66 años de edad; todos carecen de hogar fijo y han sido rechazados por sus familiares, o simplemente ellos se han alejado de los mismos; 6 han sido hospitalizados por complicaciones de su alcoholismo y 2 presentan ya trastornos mentales; 1 es mendigo. Generalmente este tipo de paciente presenta en el momento de egresar a consecuencia de su situación, producto de la enfermedad.

Un aspecto secundario, pero que he creído importante citar, a manera de ilustración, es el costo que la estadía de estos pacientes representa para la Institución. Según los estudios realizados por la Auditoría de C.C.S.S., acerca del costo diario por paciente en el Hospital San Juan de Dios, durante el año 1967, este costo ascendió a la suma de \$56.54 (cincuenta y seis colones con cincuenta y cuatro céntimos). Del cuadro No. 9 se desprende que el total de días que los pacientes estudiados permanecieron en el Hospital, fue de 255, lo que representa un costo de \$14.417,70 (catorce mil cuatrocientos diecisiete colones con sesenta céntimos).

como se recordará, este número sólo fue una muestra - del total de pacientes, que sumó 141 y que consideré - no es la suma real, por las razones expuestas de que muchos de los pacientes que se internan por complicaciones del alcoholismo, no están clasificados como ta les, por lo que el costo por la atención de estos pa cientes, es mucho más elevado.

SALIDA DE LOS PACIENTES
EN FUNCION DE SU ESTADO Y CONDICION
AÑO 1967

Cuadro No.10

SALIDA	TOTAL	%	CONDICION			ESTADO			
			Dada Médico	Exi- gida.	Sub- total	Mejo rado	Igual	Traslado otro Hosp.	Sub- total
Condición de la salida	50	100%	41	9	50				
Estado de la Salida	50	100%				41	8	1	50

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1- CONCLUSIONES

A- En cuanto a la primera Hipótesis que me sirvió de base para este estudio, pude comprobar que el Hospital-San Juan de Dios, dadas sus características de un Hospital General, no es la Institución más adecuada para la atención del enfermo alcohólico, ya que con base en la información brindada por los pacientes entrevistados, el mayor beneficio que de la hospitalización obtiene un enfermo, es la desintoxicación, aspecto importante para la recuperación del adicto, pero definitivamente ineficaz, si es la única ayuda que el paciente ha recibido; lo anterior lo demuestra el alto porcentaje de reingresos por el mismo diagnóstico (44%) y el estado físico en que el paciente es hospitalizado, que como vimos el 72 % ingresan por alcoholismo con complicaciones.

B- Esta desintoxicación de que hablo, sin embargo, es un factor positivo, ya que comprobé que el paciente hospitalizado está en mejor capacidad para recibir orientación, en cuanto al tratamiento para su alcoholismo, tomando en cuenta su mayor lucidez mental y la experiencia de los efectos perjudiciales del licor en su organismo, que le permiten captar mejor cualquier razonamiento que al respecto se le haga.

C- En cuanto a la segunda Hipótesis, relacionada con la aceptación del alcohólico de parte del personal del

Hospital, más directamente relacionado con él, concretamente médicos y enfermeras, comprobé que existe una actitud de no aceptación, pero en un grado mucho menor del - que había supuesto, ya que con base en la información de los pacientes tomados en cuenta para este estudio, sólo el 24% de estos informaron haber experimentado o notado, rechazo o indiferencia de parte de los médicos tratantes y dos pacientes, o sea el 4%, refirieron actitudes similares de parte de las enfermeras; por el contrario, el resto de los enfermos, o sea el 72% manifestaron haber - recibido muy buen trato de parte de estos funcionarios y sentir gran agradecimiento por esta Institución.

De parte de los médicos entrevistados, la actitud es sobre todo de impotencia ante el problema, mostrando no sólo interés, sino preocupación por la situación del enfermo alcohólico.

En cuanto al personal de enfermería (entrevistado) - se nota la carencia de los conocimientos básicos para tratar al alcohólico, que de tenerlo, posiblemente podría evitarse o disminuir el porcentaje apuntado de salidas exigidas.

D* Comprobé que existe una cantidad significativa de pacientes que llegan a fases agudas de la enfermedad, sin haber recibido orientación en cuanto a su problema.

E- Comprobé que el alcohólico por sus características, puede considerarse un problema médico social.

F- Concluí que la influencia del medio socio-cultural y las experiencias infantiles, fueron determinantes

como causa de la mayor incidencia del alcoholismo, en los pacientes estudiados.

G- Comprobé que la actitud más generalizada de parte de los familiares, ante los pacientes alcohólicos estudiados, es de rechazo, indiferencia, enojo o excesiva tolerancia, todos perjudiciales para el enfermo.

2- RECOMENDACIONES

A- Como resultado de este estudio claramente se desprende que no es sólo recomendable sino una indiscutible necesidad, la existencia de un Sanatorio para enfermos alcohólicos por lo que todos los trabajadores sociales cada uno en su Institución, debemos cooperar con la Comisión sobre alcoholismo, para lograr este fin ya que como cité en el contenido de este trabajo, rara vez los trabajadores sociales, dejamos de encontrar en las situaciones que atendemos, la existencia de esta enfermedad.

B- Que La Escuela de Servicio Social incluye en el Programa de La Cátedra de Seminario sobre problemas sociales, el tema del alcoholismo como un punto permanente de este programa para que todos los Trabajadores Sociales tengamos al menos, los conocimientos básicos acerca del problema.

C- Que La Comisión sobre Alcoholismo y Alcohólicos Anónimos en coordinación con el Servicio Social del Hospital San Juan de Dios y de otros Centros de Salud, organicen charlas para el personal de estos hospitales, sobre todo médicos y enfermeras, con el objetivo de aumentar el

interés que respecto a esta enfermedad ya existe.

D- Coordinar con el Servicio de Admisión de Enfermos, para que su informe a nuestro Departamento de los ingresos de pacientes con diagnóstico médico "Alcoholismo", con el objetivo de darles preferencia para realizarles la primera entrevista y orientarlos debidamente hacia los recursos existentes para el tratamiento del alcoholismo.

A P E N D I C E

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|---|
| Alcohólicos Anónimos | "Alcohólicos Anónimos" Colombia 1965 |
| Alcohólicos Anónimos | "Memoria de La Cuarta Convención de A.A. de Centro América, Mexico, Panamá y el Caribe" San José 1966 |
| Alcohólicos Anónimos | "Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica" New York 1955 |
| Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. | "Técnicas para prevenir el Alcoholismo" Washington 1966 |
| Centro Regional de Ayuda Técnica A.I.D. | "Alcoholismo" México 1968 |
| C.C.S.S. | "Leyes y Reglamentos" San José 1965. |
| Cruz Coke R. y Varela A. | "Inheritance of Alcoholism" Revista Lancet London W. 1966 |
| Castro Ramírez Thais | "Contribución al estudio de las Causas Psicopatológicas del Alcoholismo" San José 1967 |
| Claney M.D. John | "Conflictos de Motivación del Adicto Alcohólico" Yowa E.E.U.U. 1964 (traducción de la C.S.A) |
| Comisión Sobre Alcoholismo | "Manual de Información Sobre Alcohol y Alcoholismo" San José 1967. |
| Flisfisch Humberto, Sáenz Jiménez León, Rodríguez Aragonés Antonio. | "Análisis del Sistema Hospitalario Nacional en Costa Rica" San José 1967. |
| Ford S. J. John C. | "Alcoholismo" (traducción de la C.S.A San José 1960). |
| Instituto Católico de Estudios Sociales de Barcelona | "El Servicio Social en el Hospital" Barcelona España- mayo 1958 |

- Lizansky S. Edith " La Etiología del Alcoholismo, el papel de la Predisposición Psicológica "E.E.U.U. junio-1960 (Traducción C.S.A.)
- Laurence M.D. Freud F. " El manejo del Alcohólico como paciente externo" (Traducción de la C.S.A del Quarterly Journal on Studies of alcohol. Suplemento No.1 Nov. 1961
- Ponce de Avalos Reynaldo " Alcoholismo" Nicaragua 1955
- Ramírez Martínez Ma.de los A. "Investigación Sobre el Ausentismo en el Hospital San Juan de Dios".-San José 1967
- Séqueira de Córdoba Deyanira "Personalidad de las Esposas de los Alcohólicos y su influencia en el alcoholismo de los mismos" San José 1968.
- Servicio de Estadística y Documentos Médicos "Información sobre los Servicios médicos prestados en Setiembre de 1967" San José 1967
- Sánchez Hidalgo Efraín "Psicología Educativa" Puerto Rico 1967.
- Schultz M.D. John D. "Tratamiento del Alcoholismo en un Hospital General"(Traducción C.S.A. de Quarterly Journal on Studies of Alcohol. Suplemento No.1 Noviembre 1961.
- Saul León J. "Bases de la Conducta Humana" Buenos Aires - Argentina 1958
- Visión "Una amenaza: el alcoholismo" New York E.E.U.U. mayo 1968
- Wolff Werner "Introducción a la Psicología" México 1953.

CEDULA SOCIAL

EL ALCOHOLICO HOSPITALIZADO COMO PROBLEMA MEDICO SOCIAL
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

I.- Datos del paciente y su familia

Nombre: Panensia Rosale P Expediente clínico No.: 0-150

Edad 21 Sexo M Estado Civil soltero

Ocupación _____ SALARIO 18 No. familiares bajo su responsa

lidad económica - Ingreso familiar mensual \$120

DIRECCION : _____

CONVIVENCIA:

Cónyuge (compañera) -

Hijos 12

Padres 2

Hermanos -

Otros parientes - (_____)

Solo -

II.- Estancia en el Hospital San Juan de Dios

Fecha de ingreso 15-2-39 Días de estancia 4

Diagnóstico médico _____

Condición de salida:

EXIGIDA SI

DADA POR EL MEDICO _____

Mejorado NO Mismo estado SI Traslado otro hospital _____

NO Considera que su hospitalización fue beneficiosa para usted ? sí _____

no SI Razones NO se debe a causa de alcoholismo

Confrontó algún problema durante la hospitalización? sí no

De tipo económico De relaciones familiares

De relación con personal Hospital

De otra índole Beber

III.- Actitud del enfermo ante su alcoholismo.

Se considera alcohólico sí no Razones _____

Ha recibido tratamiento? sí no De qué tipo? Edo

Considera que el tratamiento mencionado ha sido de beneficio? sí no

Razones _____

Cuál cree usted que es la causa de su hábito de beber? Es el único

estímulo q lo hace sentirse da

Cree que el alcoholismo ha influido en su estado general de salud?

sí no

En qué forma? _____

Qué opina su familia con relación a su problema? no sé si es que

no sé si es que

Cree que su vida familiar se ha visto afectada por su alcoholismo ?.

Sí _____ No X

Tipo de problemas:

Económico X

Relaciones familiares X

Pérdida autoridad X

De tipo sexual X

Rechazo X

Otros X

Trabajadora Social _____

Fecha _____