



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

EL NIVEL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY.

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORAS: STEPHANIE BUENO

DANIELA SOLÓRZANO

DIRECTORA: MASTER MARTHA COBOS

CUENCA-ECUADOR

2009.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional, por su confianza en mí y por sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

Stephanie Bueno

DEDICATORIA:

El esfuerzo y el tiempo que me tomó realizar este trabajo van dedicados a mis padres y hermanos por su amor infinito. Y de manera muy especial a mi abuelita Delia ... por cada una de sus oraciones que fueron mi principal impulso durante estos años.

Daniela Solórzano V.

AGRADECIMIENTO

Primeramente un signo de gratitud a Dios que nos ha colmado de bendiciones y nos guía a culminar, mediante esta investigación, un proceso de formación profesional y humana.

A nuestros padres y familiares quienes con su comprensión y apoyo incondicional han sido uno de los principales promotores que nos permiten ocupar el lugar en el que hoy nos encontramos.

A las autoridades de la Universidad del Azuay por hacer posible que este trabajo se realice satisfactoriamente, motivando la colaboración del medio estudiantil. Un reconocimiento especial a la Master Martha Cobos por su dedicación y empeño en el desarrollo de este proyecto.

Las Autoras

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Índice de Contenidos.....	v
Índice de Ilustraciones y Cuadros.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
Capítulo I: El Alcoholismo.....	2
Introducción.....	2
1.6.Definición.....	2
1.6. Causas.....	8
1.2.1. Biológicas.....	8
1.2.2. Psicológicas.....	9
1.2.3. Sociales.....	12
1.2.3.1. El grupo de iguales.....	13
1.2.3.2. Publicidad.....	15
1.2.3.3. Nivel Económico.....	17
1.2.3.4. Laborales.....	18
1.2.4. Familiares.....	20
1.2.4.1. Padres como Modelo de Consumo.....	20
1.2.4.2. Dinámica Familiar ligada al consumo de alcohol.....	21
1.2.4.3. Miembros Codependientes.....	22
1.2.5. Académicas: Estrés Académico.....	23
1.6.Epidemiología del Alcoholismo en Cuenca.....	25
1.6.Fases del alcoholismo.....	29
1.6.Efectos del alcohol.....	32

1.5.1. Biológicos.....	35
1.5.2. Sociales.....	37
1.5.2.1. Accidentes de Tránsito.....	37
1.5.2.2. Laborales.....	39
1.5.3. Familiares.....	40
1.5.4. Académicos.....	43
1.5.5. Psicológicos.....	44
1.6.Trastorno por abuso.....	45
1.6.Trastorno por dependencia.....	47
Conclusión.....	50
 Capítulo II: Aspectos Psicológicos Del Alcoholismo.....	51
Introducción.....	51
2.1 Teorías psicológicas del alcoholismo.....	51
2.1.1. Teorías Psicodinámicas.....	51
2.1.2. Teorías Conductistas.....	56
2.1.3. Teoría Sistémica.....	59
2.1.4. Teorías Cognitivas.....	62
2.1.5. Teoría Existencial.....	65
2.2. Efectos psicológicos del alcohol.....	67
2.3. Rasgos de personalidad de un alcoholico.....	69
2.4 Terapias Psicológicas para el Alcoholismo: Tratamiento.....	71
2.4.1. Terapia de Grupo.....	74
2.4.2. Terapia Familiar.....	77
2.4.3. Terapia Conductual.....	80
2.4.4. Terapia Cognitiva.....	82

2.4.5. Terapia Psicoanalítica.....	89
2.4.6. Terapia Existencial.....	91
2.4.7. Recursos Terapéuticos Auxiliares.....	92
Conclusión.....	96
Capítulo III: Planificación de un Proyecto Dirigido A Los Jóvenes de la Universidad del Azuay.....	97
Introducción.....	97
3.1 Etapas del proyecto.....	97
3.1.1. Primer Nivel Prevención Universal.....	100
3.1.2. Segundo Nivel Prevención Selectiva.....	102
3.1.3. Tercer Nivel Prevención Indicada.....	106
Conclusión.....	107
Capítulo IV: Análisis de los Datos y Resultados.....	108
Introducción.....	108
4.1. Metodología.....	108
4.1.1. Población y Muestra.....	108
4.1.2. Materiales.....	109
4.2. Resultados Estadísticos.....	112
Conclusión.....	118
Conclusiones.....	119
Referencias Bibliográficas.....	121

Índice de Ilustraciones y Cuadros

Tabla N° 1:	Factores de Estrés Académico.....	24
Tabla N° 2:	Porcentaje de Consumo de Alcohol por Provincia.....	26
Tabla N° 3:	Porcentaje de Consumo de Alcohol de acuerdo a la edad, a nivel nacional.....	27
Tabla N° 4:	Porcentaje de Consumo de Alcohol de acuerdo a la edad, a nivel provincial.....	27
Tabla N° 5:	Porcentaje de Consumo de Alcohol de acuerdo al sexo, a nivel nacional y provincial.....	28
Tabla N° 6:	Porcentaje de Consumo de Alcohol de acuerdo a la zona habitacional.....	28
Tabla N° 7:	Ejemplo Ilustrativo de Prevención de Recaídas.....	84
Tabla N° 8:	Ejemplo Ilustrativo del Análisis de Ventajas y Desventajas.....	86
Tabla N° 9:	Ejemplo Ilustrativo de la Reestructuración Cognitiva.....	88
Tabla N° 10:	Niveles de Consumo.....	112
Tabla N° 11:	Tabla de contingencia del Consumo según el Sexo.....	113
Tabla N° 12:	Tabla de contingencia del Consumo según la Facultad.....	115
Tabla N° 13:	Tabla de contingencia del Consumo según la Edad.....	116
Tabla N° 14:	Tabla de contingencia del Consumo según el Curso.....	117
Gráfico 1:	Niveles de Consumo Según la Cantidad.....	4
Gráfico 2:	Concentración de Alcohol Según el Tipo de Bebida.....	5
Gráfico 3:	Efectos del Consumo de Alcohol a Nivel Orgánico.....	37

Gráfico 4:	Ejemplo Ilustrativo de la Flecha Descendente.....	87
Gráfico 5:	Etapas de Proyecto “UDA ESTUDIO Y DIVERSIÓN SIN ABUSO DE ALCOHOL”.....	99
Gráfico 6:	Propaganda de Licor en Agendas de la UDA.....	100
Gráfico 7:	Test de Audit.....	110
Gráfico 8:	Test de Cage.....	111
Gráfico 9:	Niveles de Consumo.....	113
Gráfico 10:	Consumo Según el Sexo.....	114
Gráfico 11:	Consumo por Facultad.....	115
Gráfico 12:	Consumo según la Edad.....	116
Gráfico 13:	Consumo según el Curso.....	117

RESUMEN

Este trabajo investigativo busca analizar la problemática relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas, en los estudiantes de la Universidad del Azuay. El objetivo es determinar el nivel de ingesta de alcohol en los jóvenes de dicha institución para ello se utilizó una muestra compuesta de 853 estudiantes elegidos a través de un muestreo estratificado a los cuales se les aplicó el “Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT)”, conjuntamente con el test “CAGE”, a fin de lograr mayor confiabilidad de resultados.

Los datos obtenidos arrojaron un consumo normal del 54%, un consumo en riesgo del 30% y un consumo peligroso del 16%.

Estos datos permiten elaborar un programa de trabajo para el abuso de alcohol desde tres niveles de prevención: Universal, Específica e Indicada.

ABSTRACT

This investigative work looks to analyze the problems related to the consumption of alcohol in the students of the Universidad del Azuay. The objective is to determine the level of Alcohol consumption in the youths of the aforementioned institution, for which we used a sample of 853 students chosen through a stratified sample. The “Test for the identification of perturbations due to use of alcohol (AUDIT)” was applied in conjunction with the “CAGE” test with the aim of achieving more confidence in the results.

The results obtained showed a normal consumption of 54%, an unsafe consumption of 30% and a dangerous consumption of 16%.

This information allows the elaboration of a word program for the abuse of alcohol from three levels of prevention: Universal, Specific and Indicated.

INTRODUCCIÓN

El aumento en la producción y difusión de bebidas alcohólicas conjuntamente con una falta de formación acerca de sus consecuencias, a nivel físico, social, psicológico, familiar, emocional, etc., que muchas veces implica la pérdida de la vida; así como una sociedad altamente consumista y permisiva han hecho que la ingesta de este tipo de droga alcance altos niveles. Según las fuentes estadísticas obtenidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, el panorama actual del alcoholismo alcanza hoy el tercer lugar entre los problemas de salud en el mundo. En el año 2006, Cuenca ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol, a nivel nacional, con un 6% de la población total.

Con el fin de analizar nuestra realidad más cercana, hemos propuesto este trabajo investigativo que tiene como objetivo determinar el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes de la UDA, para que de este modo se alerte sobre este creciente mal social. Además proponemos un proyecto fiable a las necesidades de los jóvenes.

El marco teórico inicia con una aproximación al tema del alcoholismo incluyendo definiciones, causas, efectos y su diagnóstico diferencial. El segundo capítulo abarca a la psicología en relación con este tema, describiendo sus teorías, efectos y técnicas de tratamiento más aplicables y eficaces. En el tercer capítulo se propone un proyecto dirigido a los estudiantes de la UDA, con el fin de prevenir la agudización de los problemas relacionados con el alcohol.

Finalmente, el cuarto capítulo está dedicado al análisis de datos de los niveles de consumo de bebidas alcohólicas dentro de la universidad. La investigación se llevó a cabo con la metodología analítica descriptiva.

CAPITULO I

EL ALCOHOLISMO

Introducción

El consumo de alcohol ya sea experimental, abusivo o nocivo, se ha incrementado durante los últimos años, los que unidos a actitudes permisivas de la comunidad ante su consumo, los grupos de amigos, modelos conductuales sistémicos, etc.; favorecen los problemas de salud, los conflictos familiares y los desórdenes sociales. En el presente capítulo se analiza de manera multifactorial, los principales enfoques relacionados con el consumo de alcohol hasta llegar a hacer una diferencia entre éste y el trastorno por dependencia.

DEFINICIÓN

Gutiérrez, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano (2004) refieren que la palabra alcohol viene del árabe *alkune* que puede ser traducida como *esencia o espíritu*. En la antigüedad su ingesta se vinculaba con actividades religiosas o en diversas formas de brebaje. Con el paso de los siglos, el uso del alcohol fue cada vez más frecuente, incrementando, así, no solo la cantidad de ingesta en múltiples áreas (sociales, laborales, familiares, etc.) sino también sus devastadores efectos.

No obstante, debemos tomar en consideración que la palabra alcohol no es equivalente a hablar de alcoholismo, por ello creemos necesario e imprescindible hacer una breve descripción del concepto de consumo y de sus diversos tipos.

Pons y Berjano (1999), citan el concepto de consumo como:

“La utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan algunos efectos. Está claro que el consumo de alcohol lo realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. Dicho de otra manera, el término consumo

de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras”. (p.32)

Al analizar los diferentes tipos de consumos, se ponen en consideración dos premisas básicas: la cantidad y la frecuencia

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en el año 2005 clasifica el consumo por *CANTIDAD* de la siguiente manera:

- Consumo de bajo riesgo: Se consideran límites poblacionalmente de bajo riesgo los que se encuentran por debajo del límite de riesgo (equivalente aproximadamente y como término medio a 30 g de alcohol al día). Dentro de este grupo también se incluirían aquellas personas que no consumen alcohol de manera habitual, aunque hayan tomado o tomen alguna pequeña cantidad ocasionalmente.
- Consumo de riesgo: Es bebedor con consumo de riesgo aquella persona que supera semanalmente el límite de riesgo, que se sitúa en 28 U¹ (280 g) para los varones y 17 U (170g.) para las mujeres. Como criterio complementario, también puede considerarse consumo de riesgo la ingesta de 5 U. en 24 horas con un frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado.
- Consumo peligroso: Se considera consumo peligroso aquel que excede de 28 U para los varones y 17 U. en mujeres. Según el CIE-10, en este nivel se incluirían aquellas personas que tienen problemas físicos o psicológicos, de relativa importancia, como consecuencia del consumo de alcohol, sin estimar la cantidad ingerida. (Gráfico 1).

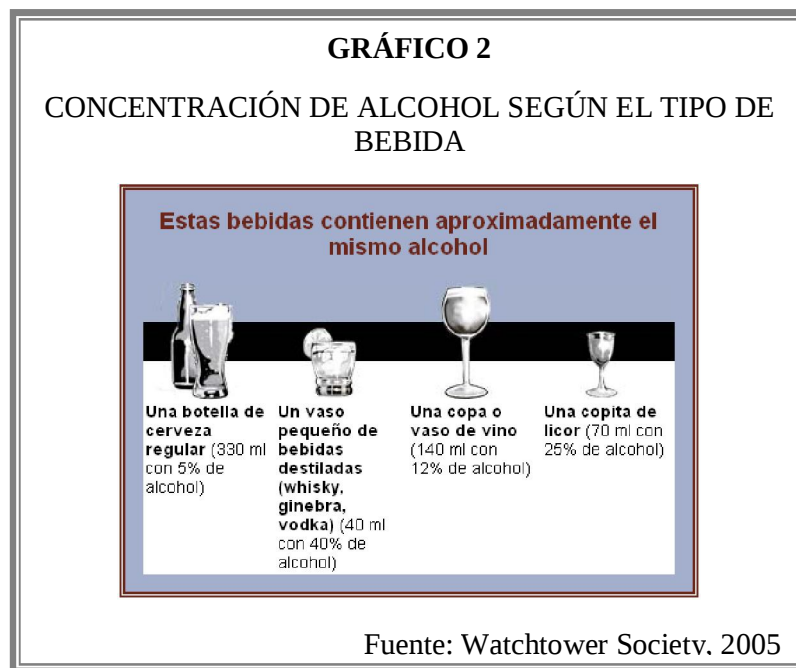
¹ El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades (unidad de bebida estándar UBE; 1UBE= U= 10 gramos de alcohol puro).



Por otra parte Pons y Berjano (1999); concuerdan con Vega, A. (2005) en la descripción de algunos tipos de consumidores de acuerdo a la *FRECUENCIA*, los cuales que se detallan a continuación:

- **EXPERIMENTALES:** La persona prueba una vez por curiosidad.
- **OCASIONALES:** La persona consume una o varias drogas de vez en cuando, sin continuidad, la consume cuando se le presenta la ocasión. No hay búsqueda activa de la sustancia
- **HABITUAL:** La persona la consume regularmente, se la ha transformado en un hábito y se preocupa de obtenerla. Son personas que generalmente pueden continuar con sus actividades (estudiar, trabajar, etc.)
- **ABUSO:** Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).
- **DEPENDIENTE:** La persona tiene la necesidad de consumir de forma continuada o periódica la sustancia para evitar los efectos psíquicos o físicos producidos por el

síndrome de abstinencia. La obtención y el consumo de las sustancia pasa a la vez a ser la motivación central de su vida.



Con relación a lo antes expuesto, se puede inferir que cuando el consumo llega a ser peligroso o dependiente ya nos encontramos frente a una patología. Gutiérrez y colaboradores (2004) mencionan que el término alcoholismo, como un trastorno bien diferenciado fue introducido en 1849 por Magnus Huss, cuyo concepto original ha evolucionado hasta la actualidad cambiando no solo en cuanto a su significado, consumo y uso perjudicial, sino también en las estrategias para prevenirlo.

Hoy en día existen varias definiciones de alcoholismo, no obstante estas contienen criterios cualitativos, cuyos parámetros principales son malestar para la sociedad y para el individuo, de modo que según esto, cualquier modo de beber, en cualquier cantidad, que produzca, bien sea, daño físico, disfunción psicológica y/o social sería considerado alcoholismo.

Durante mucho tiempo el alcoholismo fue considerado como un vicio; tal como lo cita Velásquez (2004), no obstante en la actualidad esta descripción ha sido descartada. Es así que Elizondo (2005), considera que el alcoholismo no debería ser

conceptualizado como un vicio ya que dicha palabra contiene un enfoque meramente moralista, que se refiere sin excepción a desviaciones voluntarias en el código de valores de la sociedad, y que por lo tanto no se aplica a todo aquello referente al alcoholismo.

Este autor junto con Heredia (2003) citando el concepto de Jellinek definen el alcoholismo como una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, y que causa daño tanto al individuo como a la sociedad, a la familia y al trabajo.

Por otro lado, este término ha sido definido desde otra perspectiva por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el CIE-10 y el DSM- IV como un trastorno; al considerarlo como una disfunción comportamental o como un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

A continuación citamos algunos de estos conceptos y sumamos el de otros autores que comparten esta definición:

La OMS (1976) define el síndrome de dependencia del alcohol (SDA) como:

" Un trastorno de conducta crónico, que conduce compulsivamente a la ingesta excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor". (Gutiérrez y colaboradores, 2004, para 6).

Del mismo modo, tanto el CIE-10 como el DSM IV definen el alcoholismo como un trastorno desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo.

Y finalmente Velásquez (2004) retoma los conceptos de Keller y Chafet et al. y lo definen como:

- “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo”. (p.85)
- “la incapacidad de abstenerse de iniciar el consumo o de detener la ingestión una vez comenzada. Agregan a la definición el componente de autodestructividad”. (p.85)

Rigiéndonos a las clasificaciones universalmente aceptadas (DSM-IV y CIE-10) el término enfermedad se utilizará para todo aquello que se origine fuera del campo de los trastornos mentales y del comportamiento; por lo tanto el término idóneo para referirnos a la palabra alcoholismo es el de trastorno. Con ello no queremos dividir dos realidades como la física y la psicológica que interactúan continuamente en múltiples patologías, por el contrario se trata únicamente de la utilización de un vocablo, de modo que se pueda evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento.

Concluyendo afirmamos que el alcoholismo ya es un trastorno universal, debido a que en todas partes, más personas conocen sus etiologías y repercusiones ya sea por un interés profesional, experiencias cercanas o por su gran expansión a nivel social. Es por esto, que la mayor parte de conocedores acerca del tema, concuerdan que la palabra alcoholismo, resulta ser un término complejo que no incluye únicamente factores como la cantidad o la frecuencia. Es así que puede ser aplicado a todo tipo de consumo ya sea, esporádico o repetitivo que genere daños no solo para la integridad física o psicológica del individuo que lo ingiere, sino también a todo aquello que constituya su entorno, sea esto, familia, amigos, trabajo, etc.

1.2. CAUSAS

1.2.1. BIOLÓGICAS

Dentro de estas se consideran especialmente importantes los genéticos y los bioquímicos:

- *Genéticos o hereditarios*: Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo y drogadicción es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones.

Los estudios más actualizados sobre la tasa de herencia general para el alcoholismo fluctúan entre el 40% y 60%. Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno. Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se han encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo, tal como lo investigaron autores como: Kumpfer, 1993; Harrison's y col, 1994; Smith, 1996; y citados por Ruiz (2001).

Tortoriello (2005) hace mención del trabajo del Dr. Miguel Ángel Jiménez Arriero, quien aseguró que: si bien en la historia y evolución de la medicina moderna el concepto de genoma es reciente, ahora ya ha quedado viejo dando paso al concepto de ambioma. Esto contempla la modificación de los genes en virtud de la relación entre los individuos y el ambiente. Es decir, una de las variables que inciden en la modificación de conductas es también la genética. En base a este nuevo concepto se puede determinar que la causa genética del alcoholismo proviene de una alteración de los genes relacionados con el sistema cerebral de recompensa. En este sentido, el resultado más novedoso del estudio es que en los pacientes alcohólicos con esta carga genética, desarrollan la enfermedad a edades tempranas y tienen ciertas características de personalidad.

No obstante se enfatiza que nadie hereda la enfermedad del alcoholismo; sino hay una variedad de influencias genéticas que interactúan con el medio para aumentar el riesgo de aparición. Es decir, en familias con antecedentes lo que aumenta es el riesgo y la predisposición.

El enfoque bioquímico descrito por Velásquez (2004) sostiene que el mecanismo de adicción tendría que ver con la presencia en el organismo de unas enzimas que estimularían la avidez por el alcohol. Es así que debido a una acción a nivel del sistema mesolímbico dopamínico se produce una inhibición en el metabolismo de la dopamina ocasionando la concentración de un alcaloide que produciría analgesia y adicción. Los investigadores han realizado estudios en personas con problemas de alcoholismo y han ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2). El alcohol actúa como un depresivo en el sistema nervioso central y causa relajación y euforia. En el cerebro, un grupo pequeño de mensajeros químicos, conocidos como neurotransmisores, tales como: el ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma), la dopamina y la serotonina, son responsables de los cambios en el comportamiento después de beber alcohol.

1.2.2 . PSICOLÓGICAS

Es de gran importancia analizar, al igual que los otros enfoques antes mencionados, los factores psicológicos que de una u otra manera influyen en el consumo abusivo de alcohol. Dentro de este se consideran agentes cognitivos-conductuales y de personalidad. Abordaremos de manera más compleja el tema de personalidad en capítulos posteriores.

Desde una perspectiva global, el alcohol serviría como medio para eliminar la insatisfacción existente en el propio individuo. Tal como lo postula la teoría psicoanalítica, que será analizada en el siguiente capítulo. Este punto de vista sugiere que se comienza a abusar del alcohol para aliviar tensiones emocionales, problemas personales, depresiones, etc. De cualquier modo, no es fácil aducir como origen del consumo abusivo, los propios trastornos psicológicos del individuo, aunque sí puede afirmarse que la persona con problemas de alcoholismo

presenta al menos dos características claramente definidas: un alto nivel de frustración y un bajo nivel de autoestima (Berjano y Musitu, 1987).

Pons y Berjano (1999), citan a algunos autores, como Bergeret (1984) o García-Olmos (1984), que han puesto de manifiesto que las personas con mayor nivel de neuroticismo, inestabilidad emocional o ansiedad, tienen una mayor tendencia a consumir bebidas alcohólicas, posiblemente debido a que la tensión asociada a los estados de ansiedad, puede verse aplacada por los efectos ansiolíticos derivados de la ingesta de alcohol. Tal reducción resulta reforzante, con lo cual se puede consolidar la respuesta de consumo de alcohol.

No obstante, estos mismos autores mencionan otras aportaciones realizadas por Kessel y Saltón, (1989) que complementan las aportaciones anteriores, pues además de mencionar los posibles factores predisponentes proponen cuatro rasgos que aparecen, en mayor o menor grado, en el sujeto alcohólico.

El primero recibe el nombre de Inmadurez emocional caracterizada por una personalidad dependiente, necesidad de aprobación, baja tolerancia a la frustración y dificultad de sentir y manifestar empatía. En segundo lugar se encuentran los llamados Rasgos autoindulgentes que suelen aparecer en hijos de padres sobreprotectores, y se traducen en baja autoestima, falta de autocontrol emocional y conductual, baja tolerancia a la frustración y dificultades para diferir el refuerzo. Como tercero se consideran los Desajustes sexuales que incluyen tanto la timidez sexual, caracterizada por inhibiciones, desconfianza y dificultad en el trato con el otro sexo, como las parafilias y desviaciones sexuales, vividas como algo inaceptable moral o socialmente. Y finalmente se describen los Rasgos autopunitivos que son características de personas que han sufrido una educación paterna restrictiva en cuanto a la expresión de sentimientos. Al llegar a la edad adulta estas personas esconden o retraen sus sentimientos y la expresión de sus necesidades.

Cabe recalcar que las características que ahora han sido mencionadas brevemente serán mejor detalladas y catalogadas en el capítulo correspondiente a Rasgos de Personalidad.

Por otro lado hay que considerar, que muchos jóvenes carecen de la información necesaria por lo que tienden a minimizar las consecuencias que el alcohol puede tener sobre ellos.

En lo referente a las relaciones entre el nivel de información y el consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas, Berjano (1987) encontró que existía alguna relación entre el desconocimiento de las consecuencias negativas de las drogas, y el consumo de bebidas alcohólicas. Este nos permite colocar al desconocimiento o la falta de información como un factor predisponente al consumo de alcohol entre los jóvenes.

También hay que considerar la existencia de ciertos errores de concepto al considerar al alcohol como facilitador de las relaciones, es decir pensar que es un elemento básico para la diversión o simplemente un método para sentirse mayor; suceso que tomará el nombre de distorsión cognitiva en el capítulo siguiente.

Los estudios realizados por De La Cruz Romero (2005), relacionan el deseo anormalmente exacerbado de beber (craving), con una reducción de la capacidad para controlar tal deseo. Los rasgos psicológicos del paciente y la capacidad del medio para aceptar el deseo como una enfermedad podrían influir en que se enuncie de modo diferente el mismo síntoma. El desequilibrio entre el deseo de beber y su control posee un gran poder descriptivo del trastorno. La dependencia de alcohol se refiere explícitamente a las dificultades de control. Los fenómenos de tolerancia pueden relacionarse con la persistencia del deseo porque demoran la sensación de saciedad. Entre los pacientes alcohólicos el consumo de la primera copa entraña un gran riesgo porque se produce un incremento importante del deseo de beber. Los síntomas de abstinencia constituyen uno de los más poderosos estímulos para el deseo de beber.

Como consecuencia del craving y la falta de control la persona afectada emplea mucho tiempo en reponerse de la intoxicación. El número de horas que ocupan cada día la ingesta y sus consecuencias constituyen un buen índice de la gravedad del trastorno. Por falta de tiempo, por desinterés o por imposibilidad física, otras actividades que en el pasado fueron muy importantes para la persona dejan de desarrollarse adecuadamente. Por último, el deseo de beber alcohol puede llegar a pesar más que otras motivaciones a la hora de decidir los comportamientos. El paciente bebe a pesar de las complicaciones médicas, sociales o psicopatológicas que sufre.

1.2.3. SOCIALES

La juventud es una etapa muy rica y excitante en la vida de cualquier persona, es un momento idóneo para descubrir amistades, valores, nuevas experiencias e incluso para experimentar hasta llegar a situaciones límite. Dentro de las experimentaciones podemos incluir los primeros contactos con distintos tipos de sustancias y entre ellas las bebidas alcohólicas.

El uso de bebidas alcohólicas es considerado normal, como un acto social y cultural consolidado dentro de las costumbres sociales. Últimamente, se observa además una excesiva tolerancia también para los consumos de abuso, sobre todo cuando está ligado a situaciones de fiesta o diversión. Esta permisividad, no obstante, no es ajena a los conflictos sociales. En general se es consciente de los graves problemas que conllevan al alcoholismo pero no de los riesgos de las situaciones de abuso.

El modelo de consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es frecuentemente durante el fin de semana y en días festivos y se buscan los efectos de embriaguez, por lo tanto estamos delante de un patrón más compulsivo. Suelen beber en la calle, en lugares de diversión y junto con sus compañeros de grupo fuera del ámbito del hogar.

Por otro lado, muchos de los jóvenes o bien carecen de la información necesaria, o si la tienen existe una tendencia a aminorar las consecuencias que puede tener sobre ellos el consumo de alcohol, con la creencia que puede ser un buen

canalizador de las relaciones sociales e incluso un instrumento que puede dar una cohesión entre el grupo de iguales, sirviendo como elemento básico de muchos momentos de diversión.

Según la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (F.A.R.E.), en el año 1990, El elevado consumo desde el punto de vista social está determinado por: el alto prestigio del alcohol, la gran disponibilidad de las bebidas alcohólicas y la Carencia de restricciones legislativas.

La aparición de nuevos estilos de vida, basados en el predominio de los ideales hedonistas y de las ambiciones económicas, hace que nuestro comportamiento social sea competitivo y agresivo, pero sobre todo que el consumo se convierta en el más alto valor. En nuestro ambiente social se considera normal beber hasta seis copas en una salida de fin de semana. Es ya toda una tradición. Los jóvenes creen que seis copas al día no dañan la salud. El consumo de alcohol está sobrevalorado, como si de una hazaña se tratase el hecho de aguantar grandes cantidades en la ingesta de bebidas alcohólicas, aunque se menosprecia la figura del mal entendido borracho, según la (F.A.R.E. 1990).

1.2.3.1. El grupo de Iguales

El joven al ingresar a un nuevo ambiente social (ya sea colegio, universidad, nuevo vecindario, etc.) comienza a participar en grupo de iguales, los cuales incidirán de forma importante en su socialización. El muchacho se constituye con sus amigos en un grupo social organizado que le permite satisfacer sus necesidades de afiliación y aceptación por parte de los iguales. La subcultura del grupo refleja inevitablemente la sociedad adulta y refuerza la mayoría de sus valores. El joven va a poner en práctica en las normas dominantes de la moralidad adulta. Este hecho es un aspecto importante dado que el chico imita sobre todo a los individuos con significado social. Puede ocurrir que algunos miembros de la pandilla consuman alcohol, incluso que en ocasiones lo hagan de manera excesiva. Entonces, otros miembros que hasta el momento no consumían de manera habitual, pueden comenzar a hacerlo, llevados por la necesidad de

adaptarse a la nueva circunstancia social, representada por el grupo. Esto lo han aprendido de la sociedad adulta a través de la familia, la escuela, y los massmedia. A este respecto, las bebidas alcohólicas serían para el adolescente un vehículo que le permitiría la entrada en un mundo hasta entonces reservado y le haría al mismo tiempo partícipe de otra cultura según lo postulan Biron, Huerre y Reymond, y lo recopilan Pons y Berjano (1999).

Un problema que se nos plantea en una sociedad de consumo como la nuestra es la ocupación del tiempo libre. En el mejor de los casos, muchos jóvenes pasan la mayor parte de su tiempo de ocio en bares, o discotecas, es decir, lugares donde hay que consumir y de hecho se incita a consumir alcohol con el pretexto de que este consumo significa un incremento de la integración grupal. Relacionado con esto está el poder adquisitivo de los jóvenes. Aquí es cuando cabe introducir un acontecimiento social que será crucial para entender este proceso, cual es el inicio de salidas nocturnas de los jóvenes. La búsqueda de estimulación y diversión, la necesidad de integración y aprobación grupal, y el consumo de bebidas alcohólicas, son tres variables que aparecen relacionadas en la vida nocturna de muchos adolescentes.

Estos mismos autores, resumen de manera muy clara un trabajo sobre la cultura del alcohol entre los adolescentes, realizada por Peinado, Pereña y Portero (1993) que recogen una serie de motivos que los propios jóvenes aducen para beber y que las sintetizamos a continuación:

- Salir, estar con los amigos y beber forma parte de un mismo ritual social.
- Entre semana no se bebe prácticamente nada, aunque se visiten los mismos establecimientos que el fin de semana.
- No se bebe porque se necesite, sino porque lo demanda el ambiente.
- No apetece beber a solas; se bebe con el grupo.
- No se bebe con los padres; no porque lo prohíban, sino porque no apetece. Muchos padres de adolescentes bebedores piensan que sus hijos no beben.
- Beber no es tomar una copa como aperitivo o con las comidas; beber tiene como objetivo emborracharse.

- En una discoteca hay que beber alcohol, porque de lo contrario se puede pasar por aburrido o raro.
- La cantidad que se ingiere habitualmente en una noche depende de lo que suele beber el resto del grupo.
- La borrachera permite el acercamiento a personas del otro sexo, especialmente por parte de los varones.

1.2.3.2. Publicidad

Los medios de comunicación de masas no hacen más que ofrecer modelos positivos de conductas relacionadas con el consumo de alcohol, sobre todo en relación con el consumo regular de pequeñas cantidades, mostrándolo como un símbolo de bienestar y de libertad entre las personas jóvenes de hoy. Los jóvenes son el principal objetivo de la industria del alcohol. Su publicidad explota sus mayores deseos. Les ofrece sexo, éxito y diversión, una vida ideal en la que ellos son el centro de todo. Los protagonistas de estos anuncios son atractivos, atléticos, divertidos, prototipos que despiertan el deseo de emulación, así lo describe PASTOR, F. (2002).

Para Sánchez (2002), la bebida, forma parte del mundo perfecto, que los jóvenes buscan constantemente, en el que se elimina cualquier preocupación respecto a la salud. Y mientras, los límites a la publicidad de alcohol son escasos, la publicidad genera una actitud positiva hacia el alcohol que hace olvidar que, al fin y al cabo, es una droga. Una droga extremadamente peligrosa que usada sin moderación puede destruir por completo a sus consumidores, muy sensibles, especialmente en el caso de los jóvenes. Sin embargo, las restricciones legales a la publicidad de bebidas alcohólicas son pocas y ambiguas.

En el caso de las mujeres la publicidad comercial ha sabido valerse de sus miedos, ansiedades y deseos, para vender una imagen positiva y falsa de las drogas legales, como el alcohol. Al presentar a las mujeres que fuman o beben como atractivas y seductoras, estos anuncios resultan atrayentes para muchas de ellas, a quienes se les ha enseñado que su función social consiste en seducir a los

hombres. La mujer que invita a beber es siempre una mujer bella, pero también aparece como un ser embaucador y sensual que se ofrece como manzana al otro sexo en forma de botella. De este modo para Vega, F. (1999), la publicidad juega, un papel importante en el desarrollo de las adicciones al equiparar la felicidad con el consumo de un producto. La publicidad crea unas expectativas tales sobre la capacidad del alcohol para ofrecer soluciones milagrosas a los problemas que causan la infelicidad que se ha convertido en el principal aliado de cualquier conducta adictiva.

Según la opinión de Vega, A. (1997), la presión de la publicidad tiene hoy posiblemente más fuerza que nunca, no sólo para mantener los estilos de consumo ya existentes sino también para abrir nuevos mercados. Sin embargo, la industria de bebidas alcohólicas, cuando ella misma se impone líneas de acción, no es movida por motivos de salud pública, sino sobre todo por dar una imagen favorable y evitar medidas de control más estrictas impuestas por la administración.

Sánchez (2002) describe que:

“La publicidad de bebidas alcohólicas se asocia a un amplio conjunto de valores positivos; en primer lugar la armonía, la sociabilidad y el liderazgo, seguidos de la alegría, el placer, la diversión, el éxito y el estilo. En estos se hace más hincapié en los valores simbólicos que en los valores de uso; es decir, se habla más del prototipo del bebedor que de la bebida en sí, dándole al alcohol un significado de factor de pertenencia a un grupo de referencia”.
(p. 134)

Se han desarrollado para ello distintas campañas preventivas, que en la mayoría de los casos no han obtenido el resultado esperado y es que existe por otro lado una serie de intereses comerciales que además repercuten directamente sobre las arcas del estado, muy difíciles de contrarrestar. De hecho una de las muestras patentes es la excesiva permisividad y la agresividad de la publicidad de las bebidas alcohólicas. La publicidad de bebidas alcohólicas no sólo se da en la prensa escrita. Las televisiones tanto públicas como privadas ofrecen publicidad

tanto directa como indirecta de bebidas alcohólicas. La publicidad está presente en acontecimientos deportivos, programas musicales e incluso en los cómics.

1.2.3.3. Nivel Económico

El punto de vista económico es contemplado de manera parcial, priorizando su impacto en una clase social determinada, la clase más deprivada. Pons y Berjano (1999), sugieren que factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades, que pueden aparecer como producto de la sociedad urbana industrializada, se convierten en terreno abonado para la aparición del fenómeno del consumo de alcohol. De esta manera recalcan aportes de autores como Faupel (1988) hablan de una cultura de las drogas definida en términos de separación y aislamiento con respecto a las normas y comportamientos sociales convencionales. Otros autores como Ventosa (1990) han señalado que el alcohol y otras drogas actúan como objetos sustitutorios de la satisfacción de necesidades sociales y económicas, como liberadores de la tensión provocada por no encontrar en la sociedad la manera y el lugar para desarrollar la propia libido social.

Este enfoque es simplemente sociologicista y reduce la perspectiva económica a la relación pobreza-drogas, al tiempo que estigmatiza a las clases más deprivadas a través del problema de las drogas como el alcohol, al ser considerada de más fácil acceso y de bajo costo, al igual que el tabaco.

La lucha contra el alcoholismo, en relativamente poco tiempo, pasó a situarse en íntima relación con cuestiones como la vivienda, la organización del trabajo y el ocio, y la alimentación, cuestiones que afectaban a las clases más débiles económicamente. La salubridad de las viviendas, la composición de la dieta, el papel de la taberna como centro de ocio preferente, la cuestión del descanso semanal y la jornada de trabajo, eran objetos de debates no solo en los medios de comunicación, sino también en medios institucionales .

A pesar de esta diferenciación cabe señalar que el alcoholismo no únicamente está presente en el nivel económico bajo. De ahí la importancia de mencionar algunas diferencias, en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, en función del nivel social como lo especifican Gutiérrez y colaboradores (2004):

- En los niveles sociales bajos el inicio es en edad temprana con bebidas simples, de baja graduación, consumo grupal. Después se producen consumos agresivos (habitualmente los fines de semana y festivos); progresiva e intencionadamente más intensos, con posterior tendencia al aislamiento, etilismo público.
- En los niveles sociales medios el inicio en el consumo se produce al final de la adolescencia, coincidiendo con los ritos de paso. Es un bebedor social, que habitualmente no consume si esta solo, ni tampoco en casa. Suelen ser objetivo fácil de modas y formas de consumo. Aprovecha las ocasiones para transgredir colectivamente.
- En los niveles sociales altos el inicio se produce en el adulto joven con bebidas elaboradas, caras y de marca. Se ha creado un supuesto consumo cultural en torno a grandes intereses económicos.

1.2.3.4. Laborales

En un porcentaje de consumidores la fuente causal se centra en el ámbito laboral y este hecho unido a otros factores en ocasiones conducen y favorecen su abuso. La disponibilidad física y social de alcohol en el lugar de trabajo son dos factores que ayudarían a explicar el consumo. A continuación se describen algunas circunstancias que favorecen a su abuso tal como lo describe el Bastida (2002):

- Pautas del colectivo social (ambientes artísticos, fuerzas armadas, gente de mar...)
- Relaciones públicas (vendedores, representantes de comercio, hombres de negocios.)
- Disponibilidad de alcohol (camareros, cocineros...)

- Ausencia de normas sobre el consumo de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo.

Así mismo debemos poner a consideración ciertas condiciones laborales que pueden convertirse en un factor predisponente para un consumo peligroso:

- Condiciones materiales y físicas del trabajo:
 - Elevadas temperaturas.
 - Horarios prolongados.
 - Rotación horaria (provoca alteraciones del ritmo circadiano del sueño, digestivas, aumenta el nivel de ansiedad entre los padres y los hijos se asocia con alteraciones de la atención y del tiempo de reacción. Algunos estudios han demostrado que los empleados que tienen turnos de tarde o de noche consumen más alcohol. También lo toman para dormir durante el día.
 - Toxicidad ambiental.
 - Trabajo a la intemperie.
 - Esfuerzo físico (construcción, minería, turnos de noche, pesca...).
- Condiciones psicosociales estresantes
 - Objetivos poco claros en lo que respecta al desarrollo de su carrera profesional (carencia de perspectivas de promoción).
 - Excesiva carga de trabajo o responsabilidad.
 - Trabajo excesivamente automatizado (monótono) o precario y sin capacidad de control de fallos.
 - Inseguridad en el empleo.
 - Conflictividad laboral.
 - Aislamiento social o comunicación social difícil (mezcla de idiomas y razas, en tripulaciones de barco...).
 - Malas relaciones entre la dirección y los empleados.
 - Condiciones laborales inadecuadas.
 - Un empleo que exija alta movilidad (viajes continuos, separación de la familia).

No obstante también es esencial analizar, uno de los factores que más influyen en el ámbito laboral: el estrés. Este resulta de un proceso complejo de interacción

entre ciertos factores estresores externos y las correspondientes reacciones individuales de respuesta. (Bastida, 2002). En el trabajo, las condiciones psicosociales capaces de actuar como estresores tienen también un papel preponderante en el síndrome de *estar quemado* (burn-out), considerado como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico.

Tanto el ambiente como los procesos de trabajo influyen en el consumo de drogas y alcohol, pero debe tenerse en cuenta la intervención de otros factores tales como la personalidad del trabajador, las actividades en el tiempo libre, las circunstancias familiares y la forma de vida.

1.2.4. FAMILIARES

Universalmente está aceptado el protagonismo de la familia de origen como célula socializadora al incidir en la personalidad de los hijos mediante un sistema de valores establecido, en los que la relación con la figura paterna o materna por la identificación parental, es uno de los factores más significativos para su desarrollo. Superar esas deficiencias socializadoras constituye el papel educativo principal de la familia y la escuela.

Siendo conscientes de que el uso abusivo de alcohol dificulta el pleno desarrollo de los hijos, la capacidad de evitar el alcohol y otras sustancias, no está sólo en la cantidad de información sino también en una educación dirigida a alcanzar un nivel adecuado de autonomía personal, madurez crítica e intelectual, capacidad afectiva y autoestima. La influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgo. (Pons y Buelga, 1994). Esta influencia debe ser contemplada desde dos vertientes: *los padres como modelo de consumo y la dinámica familiar ligada al consumo de alcohol*.

1.2.4.1. Padres Como Modelo De Consumo

La influencia de los antecedentes familiares como la presencia de un progenitor alcohólico o actitudes permisivas hacia las drogas pueden propiciar el consumo de esta misma sustancia por los hijos. García M. en el año 2002 habla de

posibles mecanismos de identificación provenientes de una patología familiar, en aquellos casos donde existen antecedentes, y donde el alcoholismo infantil y juvenil cobra especial relevancia debido a dicho mecanismo.

En relación con los niños Alba Chica (1983) señala que la presencia de un padre alcohólico en el hogar:

“convierte al niño en asustadizo, temeroso ante sus reacciones, con comportamientos incapaces de interpretar, debido a que dentro del normal desarrollo del niño es importante la imagen que se vaya formando del padre. La anomalía de su comportamiento le va configurando en su personalidad sensación de inseguridad y ansiedad debido a la ausencia de modelos de aprendizaje. Esta inmadurez permanente le puede llevar a un posible alcoholismo, no por factores hereditarios, sino por la transmisión ambiental e imitación de la conducta de los bebedores”. (p.285)

No obstante, debemos recalcar que no todos los hijos de enfermos alcohólicos son bebedores seguros y que este hecho puede influir negativamente en su vida, no tiene porqué ser necesariamente así. Los hijos no viven del mismo modo las alteraciones de la vida familiar con un padre violento o alcohólico, ya que de acuerdo con su edad deben arbitrar diversas reacciones y estrategias, a fin de adaptarse a las conductas de violencia.

1.2.4.2. Dinámica familiar ligada al consumo de alcohol

La familia lleva a cabo la enseñanza de los controles sociales mediante la administración de recompensas y culpas contingentes a las conductas que se ajusten o no a los criterios descritos por la familia y la sociedad.

Se considera, que al no cumplirse lo anteriormente señalado y por el contrario la existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos, propician el aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas según lo señalan Pons y Berjano (1999).

Dentro de la familia creada, los enfermos alcohólicos atribuyen mayoritariamente su hábito a relaciones conflictivas, la insatisfacción del hijo respecto de sus relaciones con la familia, la incomprensión paterna hacia los hijos o el autoconcepto del muchacho en relación a la autopercepción familiar.

En las estructuras familiares en las que predominan las relaciones de abuso de poder y la presencia de un progenitor alcohólico, convierten a la mujer y los hijos en grupos de riesgo. Existen múltiples hechos que ponen en evidencia la estrecha relación entre la violencia doméstica y el uso abusivo de bebidas alcohólicas, y las lógicas repercusiones en los síntomas psicopatológicos de los hijos.

La literatura científica de Pons y Berjano (1999) pone especial énfasis y añade un punto más de reflexión en la necesidad de conocer hasta qué punto los padres se han ocupado de los hijos cuando estos tenían dificultades o han estado cerca de ellos, logrando ser adultos cercanos y positivos. Es evidente que la educación tiene como meta conseguir que no se produzca el consumo abusivo de bebidas alcohólicas o, al menos, conseguir la reducción de sus posibles efectos perjudiciales y el retraso de la edad de inicio.

Pese a lo anteriormente señalado, debemos asumir que los antecedentes familiares de malos tratos y la escasa información acerca del tema en la familia de origen no deben ser considerados como los únicos factores de riesgo de futuras conductas adictivas y violentas en la edad adulta.

1.2.4.3. Miembros Codependientes

Pérez (2004), define a la codependencia como el conjunto de actitudes o conductas asumidas por una o más personas cercanas al consumidor de alcohol, las cuales contribuyen al mantenimiento del trastorno adictivo, o el abuso. En ocasiones, los familiares o los amigos son quienes con más frecuencia se comportan de tal modo que permiten al adicto continuar abusando de las drogas o del alcohol; Los codependientes pueden llamar enfermo al adicto o crear excusas para el comportamiento de la persona. Por ejemplo, un amigo puede decir: *“Pablo no quería pegarme; estaba simplemente un poco enojado porque no*

había comprado su licor favorito”. El codependiente puede suplicar al adicto que deje de tomar drogas o alcohol pero raramente hace algo más para ayudarlo a cambiar su conducta. Son ejemplos de coadicción resolver al paciente dificultades económicas generadas por el consumo de sustancias, no delegar ninguna responsabilidad del funcionamiento familiar, encubrir las ausencias no justificadas del consumidor a sus actividades laborales o académicas y no sancionar a un trabajador o estudiante cuando acude a su sitio de labor o d estudio bajo el efecto de sustancias. Con mucha frecuencia los coadictos niegan esta condición o son renuentes a modificar estas conductas.

1.2.5. ACADÉMICAS: ESTRÉS ACADÉMICO

El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento, de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto endógenas como exógenas. Los tipos de estrés suelen ser clasificados tomando como base la fuente del estrés; en ese sentido se puede hablar del estrés académico relacionado directamente con el desempeño en el ámbito escolar. Con base en estas acotaciones, estamos en consideración de proponer la siguiente definición:

“El estrés académico es aquel que padecen los alumnos de educación media superior y superior y que tiene como fuente exclusiva a estresores relacionados con las actividades que van a desarrollar en el ámbito escolar”.
(Barraza, 2005, p. 4)

Huaquín y Loaíza (2004), citan a Lazarus quien describe que las expectativas que el individuo tiene sobre las metas o exigencias ambientales son percibidas positivamente como desafíos o negativamente como amenazas. Es la percepción que el individuo tiene lo que realmente cuenta. Es posible, empero, que las expectativas cambien cuando las exigencias académicas o estresores curriculares sean afrontadas por los estudiantes. Si los alumnos han sobrevalorado una meta o exigencia académica y la expectativa es positiva, el desafío correspondiente se traduce en un alto afrontamiento que puede llevarlos paradójicamente a una suerte de desilusión. Cuando esto ocurre el joven es un centro vulnerable para caer en depresiones, problemas familiares o de pareja, ansiedad, falta de habilidades

sociales, pero sobre todo en el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol. Barraza (2005) considera algunos factores propios del estrés académico, que se mencionan a continuación:

Tabla N° 1 FACTORES DE ESTRES ACADÉMICO	
Competitividad grupal	Realización de un examen
Sobrecargas de tareas	Exposición de trabajos en clase
Exceso de responsabilidad	Intervención en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etc.)
Interrupciones del trabajo	Subir al despacho del profesor en horas de tutorías.
Ambiente físico desagradable	Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.)
Falta de incentivos	Masificación de las aulas.
Tiempo limitado para hacer el trabajo	Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas.
Problemas o conflictos con los asesores	Competitividad entre compañeros.
Problemas o conflictos con tus compañeros	Realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etc.)
Las evaluaciones	La tarea de estudio.
Tipo de trabajo que se te pide	Trabajar en grupo.

Fuente: Barraza Macías, 2005

En base a todo lo desarrollado en este tema, podemos darnos cuenta que el alcoholismo podría ser comparado, a modo de metáfora como un eje a donde llegan varias afluyentes. Todas ellas tienen su importancia y sus efectos, no obstante partiendo del hecho de que cada persona es única, su experiencia vivencial también llegaría a ser propia e individualizada.

Es por esto, que consideramos que la etiología del alcoholismo va en relación a estas experiencias, y de este modo cada factor antes mencionado juega un papel diferente a nivel individual y personal.

De esta manera, podemos encontrar cotidianamente jóvenes con disfunciones familiares, que se enfrentan a la sociedad carentes de atención, afecto y comprensión que intentan sustituir con amigos, diversiones y falsas felicidades. Y al mismo tiempo son presas fáciles de la publicidad que hoy en día se expande cada vez más, hasta llegar a los propios campos universitarios en eventos deportivos, fiestas e inclusive en los mismos cuadernos y agendas.

Desde el punto de vista psicológico, pensamos que las bases sobre las cuales se desarrolla internamente el ser humano, lo conforman los rasgos de personalidad existentes por generaciones y la familia como principal influyente sobre esta personalidad. Si analizamos los diversos factores etiológicos del alcoholismo, el mayor porcentaje de ellos tienen una relación con el núcleo familiar, ya sea por padres sobreprotectores que generan hijos con baja tolerancia a la frustración, padres alcohólicos que son ejemplos a seguir o simplemente familias disfuncionales que generan tensión, sufrimiento y dolor para sus hijos.

1.3. EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO EN CUENCA

Con el fin de realizar un análisis más complejo sobre la incidencia que tiene el alcohol y su consumo en la ciudad de Cuenca, hemos relacionado este consumo con variables estructurales distintas; en base a datos obtenidos por un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo en el año 2007 (INEC).

La prevalencia en consumo a nivel nacional (tomando en cuenta la población total del Ecuador) en el año 1999 se situó en el 7.7 % según una investigación realizada por Maldonado. Si tomamos en cuenta que en el 2007 este consumo ascendió al 9 % fácilmente podemos deducir que el consumo de bebidas alcohólicas tiene, cada año, un significativo incremento.

Cuenca es la cuarta ciudad en consumo de alcohol a nivel nacional con una prevalencia del 6 %; como lo demuestra la siguiente tabla:

Tabla N°: 2		
PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL POR PROVINCIA		
PROVINCIAS	POBLACIÓN	PREVALENCIA
Pichincha	370.772	30%
Guayas	204.452	17%
Manabí	103.403	8%
Azuay	70.907	6%
Tungurahua	67.095	5%
Amazonía	52.311	4%
Cotopaxi	49.582	4%
Chimborazo	48.591	4%
Los Ríos	45.745	4%
Esmeraldas	44.196	4%
Loja	42.763	3%
Imbabura	39.518	3%
El Oro	38.186	3%
Carchi	22.825	2%
Bolívar	19.461	1.5%
Cañar	18.029	1.5%

Fuente: INEC, 2006

Según datos del INEC, la edad más frecuente del consumo de bebidas alcohólicas oscila entre los 20 y 29 años:

Tabla N°: 3

PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO A LA EDAD A NIVEL NACIONAL

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN POR EDADES A NIVEL NACIONAL	PORCENTAJE
de 12 a 19	97.912	7,91%
de 20 a 29	370.281	29,91%
de 30 a 39	303.935	24,55%
de 40 a 49	240.026	19,39%
de 50 y mas	225.681	18,23%

Fuente: INEC, 2006

Y de la misma manera en la Provincia del Azuay:

Tabla N° 4

PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO A LA EDAD A NIVEL PROVINCIAL

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN POR EDADES A NIVEL PROVINCIAL	PORCENTAJE
de 12 a 19	5.827	8%
de 20 a 29	21.277	30%
de 30 a 39	14.625	21%
de 40 a 49	13.542	19%
de 50 y mas	15.635	22%

Fuente: INEC, 2006

En varias investigaciones se ha dado por sentado que el hombre tiene más tendencia a ingerir bebidas alcohólicas aunque el porcentaje de mujeres que ingieren tienden a aumentar. (Velásquez, 2004). Hipótesis que también se comprueba en nuestro medio:

Tabla N°: 5 PORCENTAJES DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO AL SEXO, A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL				
GRUPO POR SEXOS	POBLACIÓN DE CONSUMO A NIVEL NACIONAL	PORCENTAJE POR SEXO	POBLACIÓN DE CONSUMO A NIVEL PROVINCIAL	PORCENTAJE POR SEXO A NIVEL PROVINCIAL
HOMBRES	1.016.417	82%	60.923	86%
MUJERES	221.418	18 %	9.984	14%

Fuente: INEC, 2006

En nuestro medio, la zona urbana se muestra más vulnerable para el consumo de bebidas alcohólicas:

Tabla N°: 6 PORCENTAJE DE CONSUMO DE ACUERDO A LA ZONA HABITACIONAL		
GRUPO POR ZONAS	POBLACIÓN DE CONSUMO A NIVEL PROVINCIAL	PORCENTAJE POR SEXO
URBANA	38.892	55%
RURAL	32.014	45 %

Fuente: INEC, 2006

1.4. FASES DEL ALCOHOLISMO

De La Cruz Romero (2005) describe cuatro fases del alcoholismo: *Intoxicación Aguda*, *Intoxicación Crónica*, *Tolerancia* y *Abstinencia*. Que comparten características con la clasificación citada por Gómez en el año 2006, e investigadas por Jellinek (1944), quien fue considerado una autoridad sobre alcoholismo. Esta tabla fue avalada por la OMS y aún continua en vigencia.

1) INTOXICACIÓN AGUDA: Es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol.

Creemos necesario, complementar esta descripción con el concepto de intoxicación propuesto por Pons y Berjano en el año de 1999 como:

“un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales objetivas y subjetivas que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico”. (p. 42)

Retomando la obra De La Cruz Romero (2005), es importante señalar que la absorción de alcohol por el organismo esta determinada por factores como:

- La graduación: concentración de alcohol en la bebida.
- La composición química de las bebidas: puede favorecer la absorción del alcohol.
- La presencia de comida en el estomago.
- El peso del sujeto: menos peso, más absorción.
- El sexo: las mujeres son más sensibles.
- La habituación: estados avanzados de alcoholismo reducen la tolerancia al alcohol.

Jellinek llama a esta etapa Pre-alcohólica y afirma que en ella se da un Consumo ocasional de alcohol, muchas de veces con el fin de lograr alivio de las tensiones por medio de la bebida. No obstante en esta fase, aún no existen problemas de alcoholismo.

2) INTOXICACIÓN CRÓNICA: Provocada por intoxicaciones agudas repetidas o excesivas y continuadas consumo de alcohol. La enfermedad dependerá del hábito de beber de cada individuo.

El beber consistentemente y en forma sostenida puede con el transcurso del tiempo causar síntomas de supresión durante los períodos de no tomar y un sentido de dependencia, pero esta dependencia física no es la única causa del alcoholismo. Estudios sobre las personas con enfermedades crónicas quienes han tomado medicamentos para el dolor durante mucho tiempo han encontrado que una vez que estas personas resisten el proceso de retiro físico, a menudo pierden todo deseo para los medicamentos que habían estado tomando. Para desarrollar alcoholismo, otros factores generalmente juegan un rol, incluyendo la biología, la genética, la cultura y la psicología.

Esta etapa concuerda con la Fase prodrómica propuesta por Jellinek; caracterizada principalmente por: Beber con avidez (Se toma de un sólo trago su aperitivo o una cerveza rápidamente), Preocupación por el alcohol (Por ejemplo, en la próxima fiesta que organiza compra mucho licor para que salga bien) y Sentimiento de culpa por su manera de beber (Se da cuenta de que bebe más de lo normal, y empieza a notar los primeros problemas en su hogar), entre otros.

3) TOLERANCIA.

Las concentraciones elevadas de alcohol en sangre inducen importantes alteraciones de las funciones mentales cuando se ha desarrollado tolerancia. La misma que se define como la necesidad de aumentar la cantidad de sustancia utilizada para producir los efectos que antes se obtenían con cantidades menores. El ejemplo típico es el consumidor del alcohol quien con los años de consumo requiere más cantidad de alcohol para experimentar sus efectos. Con el paso de los años comienza a experimentar el efecto de tolerancia reversa en el cual al ingerir pocas cantidades de la sustancia utilizada se experimentan claros síntomas de intoxicación.

Cuando los valores ascienden a 2 g/l. se producen ataxia y descoordinación motora graves. Las alcoholemias de 3 g/l se corresponden con una clínica de confusión y estupor. El coma e incluso la muerte por depresión respiratoria o aspiración del vómito se observan con concentraciones de 4-5 g/l. La tolerancia se desarrolla por mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos. Los mecanismos farmacocinéticos de tolerancia reducen la cantidad de alcohol que accede al sistema

nervioso central. La ingesta repetida de etanol induce a la intoxicación y de este modo aumenta la metabolización hepática. La gastrectomía es otra causa de reducción de la tolerancia farmacocinética, porque determina una absorción más rápida de la sustancia. La tolerancia farmacodinámica tiene lugar en el sistema nervioso central y consiste en una reducción de la respuesta neuronal a los efectos del alcohol.

Esta etapa es descrita por Jellinek como Fase crítica en la que se inicia la enfermedad y que incluye algunas conductas como: Pérdida del control (Una vez tomando la primera copa, despierta en él una necesidad de seguir bebiendo), presiones sociales (Su conducta de bebedor ya es objeto de recriminación en el hogar, el trabajo, etc.), en ocasiones conducta marcadamente agresiva (Se vuelve peleonero, o con una actitud de desprecio hacia los demás), remordimientos persistentes (Se da cuenta de que su conducta no es la misma de antes, hace probablemente su último examen de conciencia, porque más tarde esa conciencia, aunque la tenga, no le servirá de nada), Descuido de su alimentación, familia, empleo, amistades, etc. Bebe en ayunas. Y en algunos casos disminución del impulso sexual (En algunos casos, pérdida total del impulso sexual) y aumento de los celos (La constante desavenencia en el hogar predispone al enfermo a creer que su pareja le está siendo infiel).

4) ABSTINENCIA: Las dos manifestaciones clínicas de la neuroadaptación son la tolerancia, mientras se consume alcohol, y la abstinencia, cuando se interrumpe la ingesta. Se supone que al faltar el alcohol se invierte la dirección de los cambios neuroadaptativos que prevalecen mientras esta sustancia tiene contacto con las neuronas.

Los antecedentes de elevada tolerancia al alcohol predicen la aparición de síntomas de abstinencia graves. Las manifestaciones del trastorno de abstinencia, principalmente el temblor, suelen hacerse patentes 4 -12 horas después de interrumpir la ingesta. Los síntomas alcanzan su máxima intensidad entre las 24-48 horas más tarde y tienden a desaparecer al cuarto o quinto día. La abstinencia grave puede cursar con convulsiones generalizadas tónico-clónicas y con alucinaciones

Para Jellinek esta sería la Fase crónica que está caracterizada por: Períodos de embriaguez prolongada (Bebe sin parar durante ocho días o más), marcado deterioro moral (Comienza a recurrir a cualquier medida para tener dinero para seguir comprando y bebiendo licor, exhibe sin vergüenza su miseria), disminución de las capacidades mentales (Las neuronas del cerebro, que son las únicas células del organismo que no se pueden reproducir, mueren por millares, deteriorando así la capacidad mental del enfermo), consumo de productos industriales (El enfermo comienza a ingerir sustancias más fuertes: Alcohol industrial, metílico, de caña, perfume, todo aquel producto dañino que contenga alcohol), la necesidad de una Hospitalización y en casos muy extremos pérdida de la vida (Finalmente al alcohólico le espera la muerte en un hospital, por accidente, por una riña callejera, o en una cárcel debido a algún delito que haya cometido en estado de embriaguez).

A pesar de que cada etapa ha sido bien identificada y caracterizada por los diferentes conocedores del tema, según nuestro análisis, no todas las personas que ingieren alcohol atraviesan por todas ellas. De este modo, creemos que no existe un orden establecido para que se presenten dichas características. Habrá casos en los cuales las personas no experimenten, algunas de las etapas antes mencionadas, o existirán ocasiones en las que influyan factores intrínsecos como el estado de ánimo y la predisposición o factores extrínsecos como la condición física y orgánica del cuerpo.

Por otro lado, el mayor referente es la cronicidad de la enfermedad, ya que una persona con un consumo habitual, podría experimentar hasta una intoxicación aguda o crónica, no así las personas dependientes que llegarían hasta la tolerancia y la abstinencia.

1.5. EFECTOS DEL ALCOHOL

El alcohol es capaz de generar cambios en el individuo, dependiendo de la cantidad ingerida, por ello exponemos, sus efectos inmediatos de manera general; considerando que la cantidad consumida se mide en gramos de etanol puro. Rosales (1998) describe algunos efectos a nivel general:

- Con una o dos copas²: Afectan la razón, la cautela, la inteligencia y la memoria.
- Con tres a cuatro copas: Altera el autocontrol y el juicio. Desinhibe a la persona y lo hace cometer conductas antisociales o diferentes a las adoptadas estando sanos.
- Con cinco a seis copas: Altera los sentidos, alucina.
- Con siete u ocho copas: Altera el equilibrio, está apoyándose o es incapaz de pararse.
- Con diez copas a trece copas: Altera los centros vitales. Paraliza la médula espinal pudiendo morir por paro cardiorespiratorio. No controla los esfínteres.
- Con catorce a veinte copas: Inconsciencia y muerte.

Desde otro punto de vista, cuando los problemas con la bebida son de alto riesgo, son exhibidos en dos formas principales debido a que pueden ocasionar efectos a corto y a largo plazo, tanto psicológicos como fisiológicos y así lo describen Sue y colaboradores en el año 1996.

EFFECTOS A CORTO PLAZO: Una vez ingerido el alcohol, este es absorbido en la sangre sin digestión. Cuando alcanza el cerebro, su efecto fisiológico a corto plazo es deprimir el funcionamiento del sistema nervioso central. Cuando el contenido de alcohol en el torrente sanguíneo es de alrededor de 0,1% (equivalente a beber 150 ml de whisky o 5 vasos de cerveza), se deteriora la coordinación muscular, el bebedor puede tener problemas para caminar en línea recta o para pronunciar ciertas palabras. Con un nivel de alcohol en la sangre del 0,5% la persona puede perder el conocimiento o incluso morir.

Sus efectos fisiológicos a corto plazo, en una persona específica, son determinados por el peso corporal del individuo, la cantidad de alimento presente en el estómago, la velocidad de ingestión sobre el tiempo, la experiencia anterior con la bebida, la herencia, los factores personales y el ambiente cultural del bebedor.

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) estipula que una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol

Los efectos psicológicos a corto plazo de la ingesta de alcohol a menudo incluyen sentimientos de felicidad, pérdida de las inhibiciones (debido a que el alcohol deprime los centros cerebrales inhibitorios), juicio deficiente y reducción de la concentración. Los efectos precisos también dependen de la situación o contexto en que ocurra la ingestión. (Sue y colaboradores, 1996). Es así que algunas personas pueden experimentar estados de ánimo negativos y cólera. Las reacciones también dependen de la expectativa que han desarrollado los individuos con respecto al alcohol. Algunas personas pueden comportarse de manera diferente en presencia de otros, no debido a los efectos del alcohol sino por la percepción con la que han estado bebiendo (por ejemplo, individuos que tan solo han dado unos sorbos a la cerveza y comienzan a actuar de modo hostil). La bebida abundante y prolongada a menudo deteriora el desempeño sexual y produce malestar.

EFFECTOS A LARGO PLAZO: Los efectos psicológicos a largo plazo de beber en abundancia son más graves. Aunque no hay un solo tipo de alcohólico, Jellinek (1971) observó ciertos patrones en el curso de individuos que más tarde, desarrollan dependencia del alcohol. La mayoría de las personas comienzan a beber en situaciones sociales. Debido a que el alcohol alivia la tensión, los bebedores empiezan a beber más y con mayor frecuencia. Los niveles de tolerancia pueden incrementarse durante un período de meses o años.

Algunos bebedores se preocupan con pensamientos sobre el alcohol. Pueden preocuparse respecto a si habrá suficiente alcohol en una fiesta; pueden intentar beber de manera discreta o incluso furtiva. Comienzan a consumir grandes cantidades y pueden prácticamente tragarse sus bebidas. Estos bebedores con frecuencia sienten culpa; se dan algo de cuenta de que se forma de beber es excesiva. La bebida abundante y continua podría conducir luego a una pérdida de conocimiento, periodos en los que los bebedores no recuerdan sus actividades. Jellinek cree que la bebida continua podría conducir luego a una pérdida de control sobre la ingestión alcohólica y a periodos frecuentes de intoxicación. Los individuos pueden entonces buscar beber solo para intoxicarse.

Los efectos fisiológicos a largo plazo del consumo de alcohol incluyen un aumento en la tolerancia conforme la persona se acostumbra a éste, malestar físico, angustia y alucinaciones. El alcoholismo crónico destruye células cerebrales y a menudo es acompañado por hábitos nutritivos deficientes y deterioro físico.

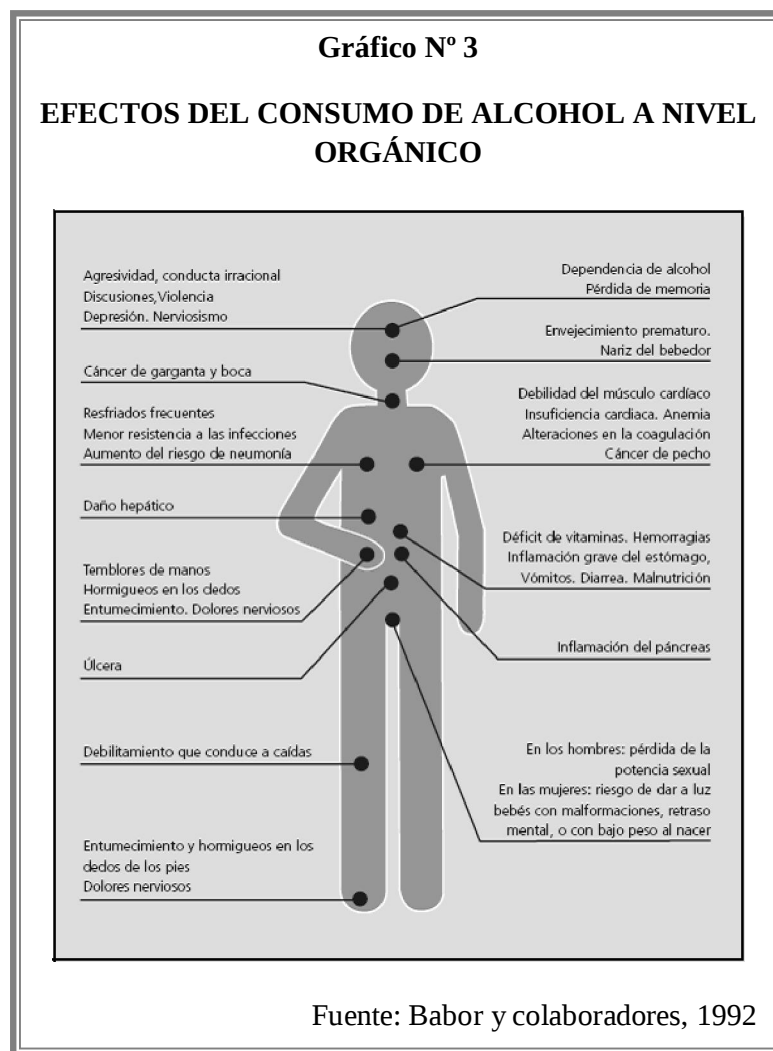
A continuación de una manera más detallada analizamos los efectos que causa el alcohol en las áreas más importantes que forman parte del ser humano:

1.5.1. BIOLÓGICOS

El etanol, compuesto presente en la mayoría de las bebidas alcohólicas, es una neurotoxina o, lo que es lo mismo, una sustancia capaz de deteriorar o destruir el sistema nervioso. De hecho, la borrachera es un tipo de intoxicación, así lo describe la Watchtower Society (2005). El alcoholismo puede producir una serie de enfermedades o trastornos en el organismo. Entre todas consideramos las más importantes (V. Martínez; 2006):

- Daños en el hígado: El hígado es uno de los órganos más afectados por el consumo constante de alcohol, dado que es el encargado de limpiar esta toxina de la sangre. Los daños pueden variar desde una inflamación hasta una enfermedad mucho más grave llamada cirrosis hepática. En donde, las células del hígado se mueren y, en su lugar son sustituidas por células fibrosas que no ejercen su función pertinente, por lo que el hígado no funciona bien.
- Daños en el páncreas: las principales inflamaciones del páncreas, además de los problemas de vesícula y de riñón, son producidas por el alcoholismo.
- Hipertensión: El alcohol aumenta la presión arterial. Un consumo de alcohol continuo puede conllevar problemas de hipertensión. Muchos médicos consideran que un poco de alcohol ayuda a mejorar la circulación y previene las enfermedades del corazón, pero el alcoholismo perjudica a este órgano y produce lesiones en él.
- Problemas digestivos: El alcohol constituyen uno de los principales irritantes del aparato digestivo. Al atacar la mucosa digestiva, ya que incentiva la producción de ácidos, puede producir trastornos tan importantes como acidez, vómitos y, a veces, úlceras con sangrado.

- Aumento de cánceres digestivos: El alcohol ataca las mucosas digestivas y predispone a una mayor aparición de cánceres en la boca, el esófago, el estómago o el colon.
- Problemas sexuales: El alcohol no constituye un buen amigo del sexo. El alcoholismo suele producir problemas de erección en los hombres que no pueden mantener unas relaciones sexuales adecuadas y favorece la pérdida de la menstruación en las mujeres.
- Daños en el feto: Los hijos de mujeres alcohólicas tienen el riesgo de sufrir el síndrome de alcohol fetal, que se caracteriza por un mal desarrollo del feto en el que el recién nacido presenta problemas de conducta y de capacidad mental. Este síndrome es uno de los causantes de la deficiencia mental.
- Daños en el sistema nervioso: El alcohol produce daños irreparables en el sistema nervioso central y periférico que se manifiestan en forma de temblores, falta de coordinación o problemas de memoria.
- Problemas alimentarios: El abuso del alcohol disminuye la absorción de muchas vitaminas y minerales, por lo que el cuerpo se resiente, se debilita y tiene más facilidad de contraer infecciones o enfermedades. Así por ejemplo es muy habitual entre los alcohólicos la presencia de bajos niveles de hierro en la sangre o una mayor fragilidad ósea u osteoporosis. También suelen presentar bajos niveles de azúcar en la sangre.



1.5.2. SOCIALES

1.5.2.1. Sobre Los Accidentes De Tránsito

Pons y Berjano (1999), resumen que los accidentes de tránsito ligados al consumo de alcohol suponen actualmente un riesgo de pérdida de vidas humanas mucho mayor al causado por la intoxicación con drogas no institucionalizadas y el SIDA juntos (Ferrer y Pérez, 1991). Y es que, pese a la multiplicidad de causas que pueden confluir para provocar un accidente de tráfico, diversos estudios han coincidido en estimar que el alcohol está implicado en entre un 30% y un 50% de los accidentes de circulación. El conductor que se encuentra bajo los efectos del

alcohol se caracteriza por una serie de rasgos que pasamos a enumerar (Berjano y Musitu, 1987; Montoro, 1991):

- Mayor impulsividad y asunción de riesgos.
- Descoordinación psicomotora y menor precisión de movimientos.
- Aumento del tiempo de reacción. A 90 Km. /h., sin haber ingerido alcohol, se recorren 19 m. desde la detección del estímulo hasta la frenada; en las mismas condiciones y con un nivel de alcoholemia de sólo 0.8 grs. /l., se recorren 30 m.
- Confusión perceptiva y disminución del campo perceptivo. El individuo bajo los efectos del alcohol comienza a perder la visión panorámica de 180° que posee normalmente cuando conduce, reduciéndose su visión hasta llegar a lo que se denomina visión de túnel en la que el individuo pierde hasta el 50% de su visión panorámica, con lo que no se apercibe de los vehículos que se encuentran a los lados y que intentan adelantarle.
- Depreciación considerable de todas las funciones sensoriales.
- Depresión general e incremento de la fatiga.
- Interferencias en la visión binocular. Aparece una dificultad para apreciar la velocidad propia y la del coche que viene de frente, así como la distancia entre ambos. La acomodación del ojo a los cambios de luz es peor. A mayor nivel de alcohol, menor visión de los colores. Se calcula que el alcohol interviene en las tres cuartas partes de los accidentes nocturnos por sólo la cuarta parte de los diurnos.

Ya sabemos que la naturaleza e intensidad de los efectos del alcohol pueden variar notablemente ante ciertas circunstancias, entre ellas la edad del consumidor. Esta variable adquiere gran importancia en la delimitación de un grupo de conductores de alto riesgo: los jóvenes bebedores. Se ha demostrado que estas edades presentan, en conjunto, una serie de características diferenciales como conductores, tales como mayor agresividad, exhibicionismo y asunción de riesgos Pons y Berjano (1999), lo que unido a su menor capacidad metabólica frente al alcohol provocará que las alteraciones conductuales derivadas del consumo de alcohol sean más probables e intensas.

No hay que olvidar que es éste el grupo donde se encuentran los mayores consumidores de alcohol, especialmente en fines de semana.

1.5.2.2. Laborales

Los efectos nocivos del consumo de alcohol en el lugar de trabajo y sobre el rendimiento laboral son frecuentes a todos los niveles. La razón que más se nombra para considerar dichos consumos como problema es la disminución de la productividad o rendimiento, seguida de la provocación de accidentes, la resaca posterior y los problemas de relación con los compañeros de trabajo.

Los efectos y consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo pueden ilustrarse mejor, según la Organización Internacional del Trabajo, por medio de los siguientes resultados tal como lo describe el Bastida (2002):

- El número de accidentes del trabajo entre personas alcohólicas es entre dos y tres veces mayor que los que padecen los demás trabajadores. Tales accidentes comprenden auto lesiones, heridas a terceros inocentes y daños al equipo.
- Sanciones disciplinarias aplicadas a trabajadores relacionadas por: retraso frecuente de la llegada al trabajo, o gran cantidad de ausencias o tardanzas
- El gasto sanitario y social en concepto de: atención médica, bajas e invalidez, así como de jubilación anticipada es entre el doble y el triple que en el resto de los trabajadores.
- Baja de la productividad y disminución del ritmo de producción.
- Destrozo o mal uso del material.
- Deterioro de la calidad de trabajo.
- Torpeza e irregularidad en el trabajo.
- Desapariciones frecuentes del puesto sin justificación previa.

1.5.3. Familiares

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales. A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico según Bastida (2002):

— Desajuste familiar. Existen tensiones y disfunciones provocadas tanto por la conducta del alcohólico como por las respuestas de los familiares a ésta. Este estado de tensión supone un serio impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas de toda la familia y la madurez de los miembros más jóvenes. El desajuste será mayor cuanto más alterada sea la conducta del alcohólico. Este es el resultado de frecuentes malos tratos y abusos sexuales al cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.

— Degradación familiar. Define la situación en la que se asiste a una trayectoria negativa y en declive de la familia, que llega incluso a bajos niveles económicos, culturales y éticos. Todo esto ocasionado por alteraciones del presupuesto familiar por consecuencia de degradaciones laborales.

— Disgregación familiar. Es una situación dramática en la cual la familia estalla, con consecuencias imprevisibles y generalmente muy negativas sobre los hijos. Está en la base de muchas conductas antisociales (delincuencia, prostitución, adicción a sustancias,...) de jóvenes hijos de alcohólicos.

— Separación conyugal. Con mucho es la situación menos indeseable, sin embargo, además de ser el inicio de la marginación social del alcohólico, una separación traumática puede afectar negativamente la salud psíquica de los hijos.

Todos los problemas existentes en la familia se reflejan fundamentalmente en los hijos. El desajuste emocional característico aparece de una u otra manera en ellos. A este respecto, Pons y Berjano (1999), recogen una revisión de trabajos sobre esta cuestión, concluyendo que el impacto del alcoholismo paterno sobre los hijos/as, tiene lugar en seis áreas:

- 1) Dificultades en el desarrollo de la autoidentidad y la autonomía, y por el contrario generando sentimientos de miedo e inseguridad.
- 2) Inadecuado desarrollo de los estadios de desarrollo psicosocial esperables.
- 3) Trastornos de ansiedad y síntomas de depresión.
- 4) Trastornos afectivos diversos.
- 5) Hiperactividad.
- 6) Trastornos de personalidad, especialmente, compulsividad, rasgos pasivo-agresivos de dependencia y evasividad, y rasgos antisociales.

Por otra parte, estos mismos autores han sugerido que, en las familias con algún miembro alcohólico esta sustancia, puede llegar a convertirse en el elemento o eje alrededor del cual se desarrolla toda la vida familiar. En este contexto mencionan el estudio de Steinglass (1987), que, partiendo de los principios de la Teoría General de Sistemas (T.G.S.) aplicada al contexto familiar, sugiere que aunque un solo integrante de la familia pueda ser diagnosticado como alcohólico, las conductas relacionadas con la adicción a esta droga llegan a representar un papel protagonista dentro de los mecanismos morfogénéticos y morfoestáticos. Tanto las fuerzas morfogénéticas como las morfoestáticas, tenderán a organizarse en torno y en función de la presencia del alcohol, es decir, la familia se convierte en un sistema alcohólico.

La familia alcohólica pondrá su énfasis en la estabilidad a corto plazo, interpretando los desafíos como una amenaza. No interesan las posibilidades de crecimiento a largo plazo inherentes a un desafío, que significan cambios, y por tanto se interrumpirá el movimiento hacia una transición de desarrollo. La familia aparece como congelada en el tiempo. Las únicas posibilidades de transición en las familias alcohólicas ocurren cuando debe enfrentarse a extraordinarias amenazas y tensiones.

A partir de estas premisas, Pons y Berjano (1999), citan el Modelo de Historia de Vida de la Familia Alcohólica, (Steinglass, 1987) a través de tres fases evolutivas cronológicas referidas al crecimiento y desarrollo del sistema familiar alcohólico. Resumimos a continuación el contenido de estas fases:

- Primera fase. Coincide con el proceso de establecimiento de límites y formación de la identidad en las familias normalizadas. Cuando aparece el alcoholismo, una de las decisiones que la familia debe tomar es la de enfrentarse a ese desafío o transigir con él. Si transige, es muy probable que el alcoholismo se convierta en un principio organizador central de la vida familiar, es decir, el alcohol se incorpora a la identidad familiar.
- Fase intermedia. Es paralela a lo que en las familias normalizadas significaría el compromiso con la estabilidad de las conductas reguladoras. Se pone a prueba el compromiso adquirido con el alcoholismo en la primera fase. El alcohol puede llegar a ejercer funciones adaptativas dentro del sistema familiar y comienza a invadir las conductas reguladoras de la familia. Estas conductas hacen referencia a las rutinas diarias (ciclos de vigilia y sueño, comidas, tareas domésticas, compras, etc.) a los rituales de familia (celebraciones familiares, fiestas anuales, vacaciones, etc.) y a los episodios de solución de problemas a corto plazo. El impacto del alcoholismo en las conductas reguladoras se hace patente al comprobar cómo éstas se alteran en dirección a una ampliación de los aspectos compatibles con el alcoholismo y una reducción de los rasgos incompatibles. El resultado probable es el refuerzo de las conductas alcohólicas.
- Última fase. La gran rigidez de las conductas reguladoras observada en la fase intermedia provocará una excesiva resistencia a los cambios necesarios para recorrer con éxito la transición a la última fase, que en las familias normalizadas implicaría la clarificación de la identidad histórica familiar y el legado de ésta al futuro –las nuevas generaciones-. Esta etapa incluye una serie de cambios y transformaciones, en función de la evolución de sus miembros y sus nuevas necesidades. En la familia alcohólica, como ya se ha señalado, cualquier posibilidad de cambio se interpreta como una amenaza para la apreciadísima homeostasis y no como una oportunidad para la reevaluación y el crecimiento. Por otra parte, la precipitación a esta fase conclusiva puede acompañarse de las necesidades médicas o psicoterapéuticas impuestas por el alcoholismo, lo que forzará el tránsito

dependiendo de sucesos exteriores no deseados y se acentuará en gran medida la posibilidad de una importante deformación del desarrollo de esta necesaria etapa de cambios

1.5.4. ACADÉMICOS

El alcohol, como depresor que es, puede afectar al aprendizaje escolar, debido a que perjudica el desarrollo cerebral y puede ocasionar problemas de memoria y de aprendizaje provocados por el etanol que contienen todas las bebidas alcohólicas. El exceso de alcohol daña las áreas cerebrales de las personas que lo consumen, haciéndolos más vulnerables en dos áreas cerebrales; los lóbulos frontales, que se encargan del control de impulsos, y el hipocampo, de quien dependen en gran medida la memoria y el aprendizaje.

Estudios realizados por Tapert (2005) demuestran que los jóvenes que consumen 5 o 6 copas durante el fin de semana retienen un 10% menos de información, frente a los que bebían uno o ninguna vez al mes. El alcohol puede bloquear más que cualquier otra droga la plasticidad del cerebro y puede provocar fallas de memoria, alterar las emociones y generar amnesias. Por otro lado genera alteraciones en la memoria visual y verbal, con un grado de afectación proporcional a la intensidad del consumo. Así como de las funciones ejecutivas, procesamiento de información, razonamiento lógico y resolución de problemas, que son funciones esenciales para el aprendizaje. Todo tiene repercusión directa sobre el desempeño que el joven realice a nivel académico.

Estudios de Carrasco, Barriga y León (2004) ponen de manifiesto que los escolares que consumen alcohol muestran mayor ausentismo y un mayor índice de abandono escolar, una elevada insatisfacción, mayor cantidad de repeticiones de cursos y, además, parecen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en actividades extraacadémicas. El alcohol está asociado a una menor participación en actividades académicas fuera del horario escolar, tales como la realización de los deberes o la lectura de libros. Los alumnos que menos tiempo se dedican a estudiar son los que con mayor frecuencia salen con los amigos, consumen bebidas alcohólicas y afirman haberse embriagado una o más

veces. Los escolares que consumen alcohol tienen una vivencia más negativa respecto de sus responsabilidades escolares, lo cual se refleja en un menor interés por acudir al colegio, una peor autovaloración de su rendimiento escolar, una menor dedicación diaria a los deberes del hogar.

Alrededor de una quinta parte de los consumidores de alcohol y drogas se ausentan de la escuela tres días o más al mes y el promedio de faltas es seis veces mayor que entre los no consumidores. El consumo de alcohol está relacionado con el crimen y la mala conducta, que interrumpen la tranquilidad y seguridad, de los colegios y universidades, propicias para el aprendizaje.

Montalvo, 2006 afirma que las características de un universitario alcohólico, además de todas las ya antes mencionadas, son: rápida baja en las calificaciones, altibajos emocionales, separación notoria de las actividades familiares o de sus quehaceres, cambio negativo en su higiene y aspecto personal, deseo de aislamiento, actividad defensiva y una tendencia a responder agresivamente a la menor provocación

1.5.5. PSICOLÓGICOS

Diferentes factores psicológicos se ven afectados por el consumo de alcohol. Dentro de estos se mencionan a la conducta, las emociones e inclusive la misma personalidad. Todos estos serán mejor explicados en el capítulo siguiente.

En nuestra sociedad y en medio de la euforia de la juventud no se toma conciencia de los efectos que el alcohol puede ocasionar, sean estos a corto o a largo plazo. Muchos de los jóvenes sobrevaloran los efectos que creen positivos como la pérdida de inhibición y desechan alteraciones a nivel de la memoria, juicio y de la misma conducta. Se piensa que las alteraciones graves a nivel del hígado o del páncreas se presentan en alcohólicos crónicos y niegan la posibilidad de pequeños afecciones como gastritis, alteraciones del sueño, pérdida de la concentración e incluso el vómito que pueden generar déficit de vitaminas.

No obstante el daño no solo se genera para el individuo consumidor sino para todo aquello que forma parte de su entorno, de ahí la presencia de estrés y disfunción

familiar, irresponsabilidad laboral o académica y el aumento cada vez más creciente de accidentes de tránsito ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas.

Según nuestro criterio las campañas existentes para prevenir estos efectos del alcohol no han generado mayor impacto en las personas. Es por esto que a pesar de conocer todo lo que implica su consumo, las cifras aumentan con el paso del tiempo. Es sabido que existen etapas en la vida, donde la gente tiende a consumir en un mayor porcentaje; lo que se debe evitar es que esa etapa se prolongue y el consumo se convierta en dependencia. Por ello pensamos que las nuevas campañas deberían sustituir el: “*No ingerir bebidas alcohólicas*”, y empezar por lograr un consumo moderado y responsable.

1.6. TRASTORNO POR ABUSO

Normalmente, al hablar de abuso nos referimos a un consumo de alcohol que tiene efectos perjudiciales para el consumidor, es un trastorno que consiste en el deseo de ingerir alcohol y seguir bebiendo, inclusive cuando se enfrenta a problemas laborales, legales, de salud o familiares relacionados con el alcohol.

El abuso de sustancias como el alcohol es descrito tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV de la siguiente manera:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

El consumo habitual de alcohol puede convertirse fácilmente en abuso, para alguien que experimente dificultades emocionales y sociales. El abuso de alcohol, por ejemplo, se puede dar durante la fase de integración social en la adolescencia, o como un medio para atravesar los difíciles desafíos que a menudo significa crecer. Ejemplos de esto se ven a menudo en los campus o centros de estudios, donde las maneras de beber de los estudiantes podrían ser consideradas como alcoholismo y sin embargo una vez que los estudiantes abandonan dicha etapa de sus vidas, muchos de ellos pueden dejar de consumir alcohol totalmente o reducir su consumo considerablemente y sin ninguna dificultad. Sin embargo, otros tanto, pueden incrementar su consumo y llegar a ser personas alcohólicas.

Aunque los que abusan del consumo de alcohol no necesariamente dependen físicamente de el, es importante comprender que, este conlleva a problemas como: dificultades constantes en el trabajo, la escuela o el hogar debido a la bebida, arriesgar la seguridad física, problemas recurrentes con la justicia, frecuentemente por manejar en estado de ebriedad, etc.

1.7. TRASTORNO POR DEPENDENCIA

El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a determinados criterios diagnósticos (**DSM-IV**):

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
 - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o

exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Pons y Berjano (1999) citan la definición de dependencia de Kramer y Cameron (1975), como:

“un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación; es decir un estado por el que un organismo sólo funciona normalmente si hay presencia de alcohol en él, y que se manifiesta en forma de alteraciones psíquicas cuando se deja de consumir alcohol y al cual se denomina *síndrome de abstinencia*” (p. 35)

Farreras (2000) hace un aporte importante, al dividir a la dependencia en:

1. **Dependencia física:** estado de adaptación del organismo que se traduce en la presencia de alteraciones físicas al suprimir la administración de la droga.
2. **Dependencia psíquica:** estado de bienestar y satisfacción motivado por el consumo de la droga y que induce al individuo a repetir su administración para continuar en ese estado o evitar la aparición de síntomas de abstinencia, siendo éste el factor más importante.

Con el fin de lograr un mejor entendimiento acerca del tema, vemos preciso incluir el concepto del llamado síndrome de abstinencia definido por Martínez López y colaboradores (2000) como un:

“grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga. Si es originado por insuficiente aporte

de droga se denomina abstinencia por supresión, y si aparece por la acción de un antagonista se denomina abstinencia precipitada”. (p. 4)

En base a esta definiciones podemos darnos cuenta que término dependencia generalmente se acompaña de la tolerancia que facilita el que un organismo admita cada vez una mayor cantidad de alcohol.

Ésta se vuelve manifiesta cuando hay una abstinencia en el consumo de alcohol. Cuando una sustancia adictiva se administra repetidas veces en un intervalo que produce tolerancia, el cerebro se adapta a la presencia de la droga (es decir, hay una neuroadaptación). La normalidad aparente de las funciones cerebrales enmascara así un cambio neuroquímico subyacente que sólo se manifiesta si se deja de consumir el alcohol bruscamente, ya que con la interrupción del consumo emergen los desórdenes cerebrales, conocidos como síndrome de abstinencia. Así, se experimentan síntomas como estallidos de actividad eléctrica en el cerebro, convulsiones y a veces fenómenos psicóticos como alucinaciones, que hacen evidentes los cambios cerebrales que permanecían ocultos mientras se bebía. Los síntomas de esta abstinencia desaparecen al volver a consumir *alcohol*, y este hecho es el que hace que sea duro para los dependientes al alcohol dejar de consumirlo, porque saben que al beber de nuevo sentirán un alivio inmediato de los síntomas. Pero este alivio significa que se ha vuelto *dependiente del alcohol*.

Como podemos observar el abuso a diferencia de la dependencia se caracteriza por la capacidad de mantener el control sobre su comportamiento y cambiar su forma de beber como consecuencia de explicaciones y advertencias. Lo que no ocurre en los casos de dependencia donde existe el deseo o la necesidad compulsiva de beber alcohol, la pérdida de control y la dependencia física.

Conclusión

Este capítulo nos permite comprender la complejidad del alcoholismo conceptualizado por unos como un vicio, por otros como una enfermedad y por otros como un trastorno. Siendo actualmente más aceptable el concepto de trastorno, debido al vínculo existente entre su origen y los aspectos emocionales, comportamentales y/o psicológicos.

Al analizar el alcoholismo desde una perspectiva general, las teorías de origen, de mayor consideración son las biológicas, psicológicas y sociales, lo que paralelamente genera consecuencias graves en estas mismas áreas.

Y finalmente podemos comprender la importancia de distinguir entre consumo y abuso de alcohol, y entender que, aunque el abuso está relacionado con la dependencia, no significa lo mismo. El consumo hace referencia a la ingesta de alcohol, independientemente de su cantidad o su frecuencia. Y el abuso comprendería el darle al alcohol un uso fuera de lo habitual y cuyos efectos resulten perjudiciales para la persona y/o su entorno.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO

Introducción

De los múltiples factores que conforman la etiología del alcoholismo, aquellos que corresponden al campo psicológico están, cada vez en mayor preponderancia. Dentro de este expansivo campo, se proponen diversas teorías, cada una de las cuales defiende sus doctrinas y tratan de encontrar una explicación empírica para la problemática del alcoholismo; sin restar importancia a los rasgos de la personalidad que matizan a cada sujeto. Cada una de estas corrientes psicológicas, proponen tipos de intervenciones terapéuticas, que con el paso del tiempo van logrando mayor eficacia dentro de un tratamiento integrativo que pone en consideración un enfoque multifactorial.

2.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO

2.1.1. TEORIAS PSICODINÁMICAS

“No debe entenderse que el acto de beber sea regresivo: la regresión es siempre metafórica, no realista. La relación del sujeto con el líquido embriagador es siempre actual, pero de una actualidad que condensa y refunde el pasado en el presente. Cada vez que bebe ratifica -sin saberlo- su apego a la madre; está entregado a la causa de sostener la omnipotencia de la misma y de su idealizado lugar junto a ella. Aunque le cueste... al hígado”. (Díaz Fuente, 1999, para.31)

Aunque está demostrado que los factores psicodinámicos no constituyen por sí mismos la causa del alcoholismo, es indudable que influyen en forma importante en el desencadenamiento, desarrollo y persistencia de la enfermedad.

Existen varias interpretaciones psicodinámicas relacionadas con el consumo y el abuso de alcohol, que son explicadas de la siguiente manera:

- González de Rivera y Monterrey (1994), recopilan las primeras formulaciones psicodinámicas sobre la adicción a drogas, formuladas por Freud (1905) y Abraham (1908), quienes, aplicando los conocimientos del momento, coinciden en considerarla como una tentativa de facilitar la búsqueda de placer, aliviando la tensión acumulada en el *ello* cuando otras vías de descarga no son accesibles o resultan demasiado penosas para el individuo. A pesar de que Freud descubrió algunas de las propiedades de la cocaína, y llegó a utilizarla durante cierto tiempo, la droga cuyo consumo estudió con mayor profundidad fue el alcohol, al que atribuye tres efectos psicodinámicos importantes:

- 1) disminución de la tensión del ello
- 2) perturbación de la capacidad perceptual del yo, especialmente en lo que se refiere a los aspectos más desagradables de la realidad
- 3) dulcificación del superyo, estructura que algunos de sus alumnos definían como aquella parte de la personalidad que es soluble en alcohol.

Freud describe también de manera interesante la relación entre el potencial para desarrollar adicción a drogas y la fijación en modos autoeróticos de satisfacción sexual:

«...la masturbación es el único y mayor vicio, la adicción princeps y es solamente como sustituto de ella que las demás adicciones –el alcohol, morfina, tabaco, etc. – cobran su existencia». (González y Monterrey, 1994, p. 2)

- Por otro lado Aguilar (1985) postula que la etiología básica, radica en una relación temprana excesivamente indulgente entre madre e hijo, mediante la cual la madre del alcohólico, anima a su hijo a buscar gratificación oral y crea así en el niño un hábito tan fuerte que al intentar el destete, el niño responde de manera impulsiva con rabia, culpabilidad ante la frustración y ansia que será detallada posteriormente. Elisondo (1988) comparte esta teoría al citar a Knight y a su vez añade que tal comportamiento provoca que el niño no desarrolle un autocontrol adecuado de sus necesidades.

El alcohólico al crecer desarrolla una personalidad superficialmente atractiva, que conquista la atención de otros, que es lo que necesita, pero ante las

frustraciones hay un resentimiento interno y agitación intensa, por lo cual recurre al beber que satisface su necesidad básica de obtener seguridad mediante satisfacción bucal. De esta manera el individuo se convierte en una persona pasiva dependiente oral por lo que se supone que el alcoholismo no es más que la no superación de una etapa del desarrollo psicosexual.

- La ingesta excesiva del alcohol puede ser un indicador de que el individuo intenta identificarse con el padre alcohólico u otra figura importante de su infancia según lo describe Velasco (1988). En ocasiones el paciente presiona inconscientemente a otros para que jueguen el papel que otras personas representaron frente a su padre; por ejemplo forzan a su esposa a comportarse de la misma forma en que su madre lo hacía ante el padre permanentemente alcoholizado. Dentro de una explicación como esta no es ni siquiera necesario que el padre haya sido realmente un bebedor excesivo; lo importante es la experiencia traumática de un niño que crece en el seno de una familia en que el alcohol desempeña un cierto papel, dentro de un marco de conflictos emocionales no resueltos.

Relacionado también con el proceso de identificación, el bebedor puede buscar también, su autodestrucción por considerarse merecedor de una pena o castigar a su padre en su propia persona; con su conducta puede buscar el sufrimiento de quienes causaron el alcoholismo de su idealizada conducta paterna, solo que quien cumple su sentencia es su esposa (madre), y quien decreta y ejecuta la pena es el mismo (hijo-padre). En este juego de interpretaciones psicodinámicas por identificación, cabe otras que son aplicables a otros casos que son particulares; por ejemplo en virtud de que el padre era poderoso, (o el paciente cree que lo era), solo cuando bebía, el mismo bebe para adquirir poder (o creer que lo adquiere). También puede suceder lo contrario, es decir que el paciente desea inconscientemente permanecer como un niño dependiente e indefenso al que se le reprende y perdona.

- Blume y Schluder citados Elisondo (1988) afirman que el rechazo de uno o ambos padres durante la infancia o por el contrario la sobreprotección y el forzar prematuramente las responsabilidades del niño unidos a su débil personalidad refuerza aún más su inseguridad, donde únicamente el hecho de beber alcohol les produce sentimientos de seguridad y aceptabilidad social. Cuando desaparece esta condición afectiva reaparecen los sentimientos originales de inseguridad, los cuales dan lugar nuevamente a la necesidad psicológica de beber.

En base a todas interpretaciones González de Rivera y Monterrey (1994), describen diversos procesos que están relacionados con la adicción desde la perspectiva psicodinámica y que citan a continuación:

- 1) **LA ANSIA:** Las primeras hipótesis psicodinámicas de la adicción consideraban que el afán de drogarse correspondía no solamente a la simple búsqueda de placer, sino, además, a una tendencia patológica a la regresión y fijación en la fase oral de desarrollo de la personalidad tal como se explicó en apartados anteriores. Las características principales del ansia adictiva son:
 - 1) Intensidad anormal y exacerbada.
 - 2) Reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en su calidad como en su intensidad.
 - 3) Rigidez e incapacidad para modificar el deseo (por ejemplo, renunciando a él, atenuando sus exigencias, aceptando un sustituto).
- 2) **LA COMPULSIVIDAD:** La combinación de la compulsividad con los graves defectos en la estructuración superyoica del adicto se pone de manifiesto por la absoluta falta de moralidad y respeto con la que persigue sus fines, sin detenerse ante nada hasta lograr la sustancia de consumo. Es esta combinación la que explica la facilidad con que los adictos recurren, en el mejor de los casos, al engaño y manipulación de todos los que les quieren o confían en ellos y, en el peor, al robo, la prostitución, o la violencia.
- 3) **LA EXTERNALIZACIÓN:** Técnicamente, se define como la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable, y consiste en la tentativa

- 4) de solucionar problemas psíquicos difusos mediante actuaciones externas concretas. Constituye una instancia particular de la llamada actuación o paso al acto, defensa mucho más generalizada, en la que determinadas conductas o actos físicos son realizados para escapar de sentimientos desagradables, o por lo menos para encontrarles cierto sentido. Ejemplos frecuentes son el enamorado que rompe las relaciones porque no soporta el temor de no ser correspondido, o el sujeto con sentimientos de culpa que inicia una pelea o comete un delito para lograr ser castigado. La externalización del adicto se diferencia porque añade dos elementos esenciales: La necesidad de control sobre el agente externo, y la relativa especificidad del objeto o procedimiento en cuestión. Además, cuando la externalización actúa de manera masiva, suele estar acompañada de dos defectos básicos en la formación del carácter que no son tan corrientes en el paso al acto: la *irresponsabilidad afectiva*, que consiste en considerar los propios sentimientos como inducidos por agentes externos (La gente me deprime, ese hombre me puso nervioso, etc.) y la *deshumanización*, que consiste en considerar a los demás como meros instrumentos sin vida ni derechos propios
- 5) **EL CÍRCULO VICIOSO:** El círculo vicioso es un proceso repetitivo en el que los efectos producidos por determinado evento causan a su vez la intensificación o repetición del mismo. En ocasiones, el automantenimiento del proceso puede continuar indefinidamente, aunque haya desaparecido la causa inicial que lo puso en movimiento. Rado (1933), afirma que existe en predisposición ya antes de la primera toma de droga, y que constituye una reacción a fuertes sentimientos de frustración, desesperanza y depresión. La primera toma de droga incide sobre esta base como una experiencia mágica de liberación, iniciándose así el círculo vicioso.

En base a este contexto, podemos darnos cuenta que la teoría psicoanalítica no postula un único factor pues se habla de una fijación oral, una búsqueda de placer e inclusive una posible identificación paterna. No obstante, es claro que todos estos factores tienen un punto en común, su origen durante los primeros años de vida, siendo los padres o quienes cumplen con esta función las figuras más significativas.

Esta teoría, nos permite entender, que el alcohol, puede llegar a ser un agente tan poderoso, que no genera alteraciones únicamente a nivel físico y orgánico sino también en el campo psicológico. Cumpliendo en ocasiones con la función de un mecanismo de defensa que permite la liberación de la tensión y represión existente a nivel inconsciente.

2.1.2. TEORIAS CONDUCTISTAS

Interpreta el alcoholismo como un trastorno de conducta aprendido y de múltiples reforzamientos a través de la historia personal del individuo. Las explicaciones conductuales para el abuso y la dependencia del alcohol se basaron en algunas teorías específicas, recopiladas por Reiconco (1976): *Teoría del Aprendizaje*, *Teoría de la reducción de la tensión*, *Teoría del aprendizaje cognitivo social*:

1). Teoría del Aprendizaje:

Toda conducta social es aprendida, incluyendo la conducta desviada. Los factores estructurales están en una especial condición ambiental, en la cual la conducta es generada, mantenida y modificada. (Akers, 1968).

Keehn (1970) afirma que el alcoholismo es una conducta adquirida por un programa simple de reforzamiento positivo, a través de transacciones específicas de un individuo con su ambiente. Akers (1968) afirma que el ambiente que rodea a un consumidor abusivo tiene como característica la deprivación, en donde los reforzadores son manejados inapropiadamente, es decir, que estas personas poseen un débil repertorio conductual que no permite obtener un legítimo reforzamiento.

Cuando la conducta apropiada no es reforzada es probable que haya un fracaso en emitir respuestas de este tipo, a su vez esto desencadena situaciones aversivas que lógicamente disminuyen el reforzamiento cada vez más. Tal y como se dijo antes, todo esto repercute en la falta en un repertorio de conductas básicas que al mismo tiempo es un factor altamente predispositivo al uso de cualquier tipo de droga.

Según teóricos conductistas en el aprendizaje de la conducta de beber intervienen dos factores importantes el Reforzamiento y la Generalización:

- **Reforzamiento:** Cuando los cambios que ocurren en el ambiente como consecuencia de la acción del organismo son gratificantes para este organismo, se dice que ha ocurrido un evento reforzante que facilita la probabilidad de que el organismo vuelva a actuar de la misma manera, si esto ocurre secuencialmente tomará el nombre de programa de reforzamiento, que puede ser definido como la prescripción que especifica la presentación de estímulos discriminativos (Ed) y eventos reforzantes (Er) que están en relación con una respuesta (R). El premio que puede obtener el alcohólico pueden ser los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol o la posibilidad de vivenciar diversas experiencias agradables.

Siendo que el alcohol tiene la propiedad de facilitar la interacción social, es lógico suponer que cuando el consumo del alcohol e interacción social ocurren juntas, se incrementa el deseo de buscarlo. Si una persona descubre que el alcohol le permite desenvolverse socialmente tal con él lo desea, la probabilidad de que a la primera ingesta le sigan otras más, es indudablemente alta, ya que los cambios producidos por el alcohol inducen a estados perceptuales, en los cuales puede experimentar el individuo un placer intenso. Ante unas pocas copas puede sentirse excitado, locuaz, estimulado sexualmente, etc., tales efectos tienen un alto poder reforzante en personas con un déficit conductual en cualquiera de las áreas estimuladas por el alcohol.

- **Generalización:** que es un proceso básico en el aprendizaje para el consumo de alcohol. (Nevin1973), se refiere, a la propagación de los efectos del reforzamiento que se manifiestan ante un estímulo, a otros estímulos diferentes del original. El ejemplo sería aquel joven que acostumbra tomar un solo tipo de licor; (Ejm: ron) y del cual obtiene efectos placenteros pero un día tratará de ingerir otro tipo de bebida (Ejm: whisky) y del cual obtiene los mismos efectos, de este modo se puede concluir que en el abuso y la dependencia alcohólica los efectos placenteros se generalizan a cualquier tipo de bebida que contenga alcohol. Sin existir una discriminación que se produce cuando un organismo se comporta de manera diferente en presencia de cada uno de ellos, el cual si puede existir en un consumo habitual o experimental

Por otro lado, el aprendizaje observacional que con frecuencia se inicia en la infancia, interactúan con las variables de aprendizaje señaladas anteriormente para

explicar el sólido anclaje de la dependencia psicológica en el sujeto consumidor de alcohol y/o drogas.

2). Teoría de la reducción de la tensión:

Trata de esclarecer el papel reforzante que el alcohol parece desempeñar en los sujetos debido a que actúa también como un reforzador negativo porque elimina el estímulo aversivo (timidez, tensión, etc.). Igual ocurre, cuando se ingiere para eliminar estados ansiosos o algo similar. De esta manera el alcohol evita o elimina una situación aversiva. Este tipo de reforzamiento puede mantenerse largamente y crear así una dependencia del alcohol. Con base en este razonamiento, se atribuye la adicción al alcohol, al paradigma escape-evitación según Keehn, (1970), en donde la tasa de respuestas es incrementado según la intensidad del estímulo aversivo. En otras palabras, éste paradigma propuesto por Keehn, sugiere que al presentarse un estímulo aversivo, la reacción lógicamente humana es, eliminarlo o evitarlo (escape-evitación), por ejemplo: si la experiencia ha enseñado que el alcohol contribuye a eliminar o evitar la ansiedad (estímulo aversivo) y la persona que la sufre carece de un repertorio conductual adecuado para recurrir a otros medios de escape-evitación, hay una alta probabilidad de que esta persona ansiosa busque el alcohol. De este modo esta propiedad de eliminar una conducta aversiva actúa como reforzante y es la responsable en gran medida al mantenimiento de la conducta de beber del alcohólico.

3). *Teoría del aprendizaje cognitivo social:*

Esta teoría se puede explicar por los mismos principios del condicionamiento clásico y operante. Sin embargo, esta teoría va más allá, dado que enfatiza la importancia de los procesos simbólicos, vicarios y autorreguladores de la conducta.

Entre los principios de la teoría del aprendizaje social desarrollados acerca del consumo y abuso del alcohol, destacan los siguientes:

- El aprendizaje de beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización en nuestra cultura. Sin embargo, la influencia de los agentes de socialización puede que sea necesario pero no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso del alcohol y la dependencia.

Aspectos Psicológicos del Alcoholismo

- Las diferencias individuales (biológicas o psicológicas, heredadas o adquiridas) y los factores predisponentes pueden actuar junto con los agentes socializadores y las situaciones en el desarrollo del patrón inicial de consumo del alcohol.
- Las experiencias directas con el alcohol son de gran importancia para que continúe el desarrollo y la experimentación con el alcohol.
- Si el individuo es incapaz de aprender a desarrollar alternativas o habilidades de afrontamiento más adaptativas el momento de estar frente a una situación crítica es más probable que se dé el abuso del alcohol. Y por lo tanto, la probabilidad de que continúe el consumo perjudicial será alta
- Si el consumo se mantiene, la tolerancia promoverá la ingestión de cantidades más grandes de alcohol por lo que el riesgo de desarrollar la dependencia física y psicológica aumenta, y en este punto, el consumo de alcohol puede ser reforzado negativamente mediante la evitación de los síntomas de abstinencia.

En general, parece que las habilidades de afrontamiento en los acontecimientos de cada día y las formas específicas de habilidades de autocontrol se requieren para manejar la bebida de forma adecuada.

Esta teoría considera, el alcoholismo como resultado de un aprendizaje social, ya sea en el ámbito familiar o comunitario. Esencialmente se trata de un condicionamiento, a base de refuerzos que resultan positivos para quien lo ingiere. Es decir, como la persona obtuvo un efecto deseado a través de la ingesta de alcohol, repite esta conducta de manera concurrente hasta se convierte en un hábito.

Pese a que el desencadenamiento y el desarrollo de la enfermedad según el conductismo son diferentes a los de la teoría psicoanalítica, es importante señalar que en muchas ocasiones el origen puede llegar a ser el mismo. Es así que en ambos casos se habla de una tensión o ansiedad que se intenta liberar a través de una sustancia etílica.

2.1.3. TEORIA SISTÉMICA

Para Rivera (1984), el alcoholismo familiar existe, no por razones genéticas, sino por factores interpersonales relacionados con la convivencia y los mecanismos de

identificación e imitación tal y como también se explicó en la teoría psicodinámica. En los hogares donde crecen y se educan los futuros alcohólicos se hallan las siguientes particularidades:

- 1.- Una estructura familiar desintegrada, por la falta de uno de los progenitores.
- 2.- Una estructura personal de los progenitores con frecuencia anómala, que conduce al niño a elaborar unos sentimientos filiales profundamente conflictivos, en cuya trama suelen dominar los elementos propios de la hostilidad, el temor o la indiferencia, por lo que su personalidad queda fijada en unas condiciones deficitarias para tolerar las frustraciones y comunicarse con otras personas.
- 3.- Un miembro de la familia alcohólico, que recae la mayor parte de las veces en la figura paterna.
- 4.- Un miembro de la familia neurótico que para satisfacer sus necesidades neuróticas necesita de la existencia de un alcohólico dentro del grupo familiar.
- 5.- Actividades competitivas a nivel escolar y social inducidas por los padres, en las que se involucran otros niños de la familia o del medio ambiente social. Tales actividades y comparaciones hechas sin tomar en cuenta las diferencias vocacionales, habrá de frustrar al niño que no pueda alcanzar las metas que le han impuesto sus progenitores.

Para otros autores como Macías (1988), el alcoholismo se conceptualiza como: “una alteración en el equilibrio funcional y/o estructural de la familia, más que como un trastorno de alguno de sus miembros. La comprensión de la estructura y de los patrones de funcionamiento de la familia, constituyen el punto de partida para que mediante la terapia puedan corregirse estas alteraciones que provocan sufrimiento y tensión en el sistema; el paciente identificado es solo un síntoma de la disfunción familiar”. (p.370).

De ahí la necesidad de identificar las combinaciones de conductas y contextos que ocurren en un problemática familiar particular. En el caso del alcoholismo es necesario analizar el contexto conductual dentro del cual ocurren y cuales son los patrones característicos de relación-interacción de los miembros de la familia cuando el alcohol está presente y cuales cuando lo está.

Reconco (1976), enfatiza que las transacciones interpersonales se convierten en un factor determinante en la conducta del alcohólico. Al hacer un análisis transaccional del alcohólico, se encuentra que la familia es una de las más comunes microcomunidades que mantienen la conducta del bebedor. Berne (1976), quien ha hecho un análisis de la actividad social, considera que las transacciones que se dan en la vida diaria de un grupo, frecuentemente siguen un ritual que los lleva a una trampa. Como este tipo de transacciones se asemejan a los rituales y reglas que se siguen en los juegos, Berne les ha llamado Juegos de la Vida.

El juego del alcohólico, es un juego de cinco personas, aunque los papeles pueden condensarse de manera que principie y termine en un juego de dos. Los tres papeles mas importantes además del alcohólico mismo son: el *perseguidor*, representado generalmente por la esposa; el *salvador*, usualmente representado por alguien del mismo sexo, con frecuencia el médico y el *ayudante*, el que provee la bebida, el que extiende el crédito; este papel a menudo es representado por la madre. En las etapas iniciales, la esposa puede representar los tres papeles: a media noche es el ayudante desvistiendo al alcohólico, haciéndole café y dejándose maltratar por él; en la mañana es el perseguidor, regañándolo por su perversidad y en la noche es el salvador, suplicándole que cambie de manera de ser.

Esta teoría, considera el alcoholismo como un síntoma de la disfunción de todo un núcleo familiar. Alteraciones en elementos como la adaptación a las transiciones, a la comunicación, o a una adecuada distribución de los roles generan inestabilidad y falta de cohesión; lo que a su vez llevaría al consumo de uno de sus miembros.

Es fundamental recalcar, que la familia se encuentra en un círculo en el que todo tiene relación y conexión, de este modo, lo que le suceda a uno de sus miembros afectará a todo el sistema y viceversa, por lo tanto la familia juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Es así, que pese al tratamiento que pueda recibir una persona alcohólica, este no resultará efectivo si dentro de su núcleo familiar existe codependencia, negación de la enfermedad u otra persona con la misma patología.

2.1.4. TEORIAS COGNITIVAS

De acuerdo con la perspectiva cognitiva, compilada por Beck; Wright, Newman y Liese (1993); la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones, influye sobre sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones a su vez se moldean de distintas formas, por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. Una situación social, por ejemplo, puede generar una creencia idiosincrásica, como: *el alcohol me hace más sociable, ó puedo estar más relajado si tomo una cerveza*, y producirá el *craving* de utilizar alcohol y/o tabaco.

Un número importante de características distinguen a los individuos adictos de los que son consumidores casuales. Una diferencia fundamental estriba, tal como lo ha señalado Peele (1985), en que mientras que los individuos adictos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización del alcohol, los consumidores casuales priorizan más otros valores: la familia, los amigos, la ocupación, el ocio y la seguridad económica, por nombrar solo algunos de ellos. Además los dependientes de alcohol tienen ciertas características como son: la baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles.

Beck et al. (1999), citan a Marlatt (1985) quien describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos:

- *Autoeficacia*: Se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo, es decir peligrosas. Marlatt explica que los niveles de autoeficacia bajos se asocian con recaídas mientras que los niveles elevados se asocian con la abstinencia. Ejemplos de baja autoeficacia incluirán frases como: *soy un esclavo del alcohol no puedo conseguir lo que quiero, por tanto, de todas formas utilizo el alcohol*.
- *Resultados esperados*: Se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia o actividad adictiva. Entre los resultados esperados positivos se deberían incluir las siguientes creencias: *el alcohol me hará sentir bien para la fiesta de esta noche ó no me sentiré tan tenso si uso alcohol*. En la medida en que uno espera un resultado más positivo que

negativo de la utilización del alcohol, más probabilidad tendrá de seguir usándolo.

- *Atribuciones de Causalidad:* se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización del alcohol es atribuible a factores internos o externos. Por ejemplo un individuo puede creer lo siguiente: *nadie que viva en mi barrio llegará a ser un dependiente de alcohol (factor externo)*, ó *soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él (factor interno)*. Marlatt explica que este tipo de creencias externalizantes es muy probable que acabe produciendo un consumo continuado de alcohol, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control.

- *Procesos de tomas de decisiones:* El uso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en tanto y cuanto conduce o no al uso posterior de sustancias. Algunas decisiones al principio parecen como irrelevantes al abuso de sustancias; sin embargo estas decisiones al final acaban provocando mayor probabilidad de recaídas, debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de mayor riesgo.

Por ejemplo un alcohólico en recuperación que al haberse mantenido sin tomar algunos meses asiste a una reunión social donde se distribuirá libremente bebidas alcohólicas; como resultado de esta decisión será más vulnerable a recaer debido a que se expone a otros bebedores, a su olor y a sus ofrecimientos.

Otros factores cognitivos relacionado con el abuso de alcohol son las llamadas distorsiones de los pensamientos ó creencias irracionales definidas como: errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos.

Existen distintos niveles en las creencias que subyacen a la conducta adictiva:

1. La creencia básica y más general; que estaba atrapado en un ambiente nocivo.
2. Su creencia de que la única forma de escapar de este ambiente y de sus sentimientos desagradables es tomando alcohol.

3. La creencia de que necesitaba alcohol para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

A estas creencias básicas asociados con el alcohol cabría añadir otra creencia básica; que no pertenecía y que no era aceptado como miembro de su grupo de compañeros. Este conjunto de creencias hace que la persona se vuelva más vulnerable a la conducta adictiva; es decir la motiva a caer en un impulso compulsivo, para aliviar su angustia mediante el consumo de alcohol. (Beck y colaboradores, 1993).

La teoría cognitiva considera, que existen ciertas creencias o pensamientos que hacen a la persona más vulnerable al abuso del alcohol y a caer en la dependencia. Estas reciben el nombre de distorsiones cognitivas o creencias irracionales. A continuación algunos ejemplos:

1. *Falacia de control*: El paciente se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejm: *No puedo hacer nada para dejar de beber.*
2. *Sobregeneralización*: Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo. Ejm: *Nadie me quiere, todos están en mi contra mi único amigo es el alcohol.*
3. *Filtraje o abstracción selectiva*: Cuando se filtra lo negativo, y lo positivo se olvida. Ejm: *No puedo soportar, que haya perdido el año por eso bebo.*
4. *Culpabilidad*: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Ejm: *Si bebo, es culpa de mi mujer porque me hace enojar.*
5. *Pensamiento Todo o Nada*: Interpretar los eventos y personas en términos absolutos, olvidando grados intermedios. Ejm: *Bebo alcohol y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución.*
6. *Razonamiento emocional*: Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Las emociones sentidas se toman

como un hecho objetivo. Ejm: *Si me emborracho es porque siento mucha ansiedad.*

7. *Etiquetas globales:* Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo Ser. *Soy tímido e inseguro por eso bebo para relacionarme mejor con mis amigos.*

La teoría cognitiva postula a los pensamientos distorsionados como los promotores del alcoholismo. A pesar de que el origen es el pensamiento, a la final se integran factores internos y externos. De este modo estas distorsiones repercuten directamente en la forma en la que la persona se desenvuelve cotidianamente. De la manera, en la que se manejen esos pensamientos, resultarán las diferentes etiquetas mentales, las cuales regirán la vida de la persona, es decir de ellas dependerán el cómo la persona perciba el mundo y actúe. Al generarse esquemas distorsionados la persona se convierte en presa fácil de patologías como las adicciones.

2.1.5. TEORIA EXISTENCIAL

Para esta teoría los radicales básicos de la personalidad del alcohólico son los sentimientos de soledad y desesperanza. (Aguilar, 1985). Soledad que debe entenderse no como el hecho físico de estar solo sino la imposibilidad de establecer compañías o de compartir algo con los demás, la cual se alivia con la bebida. La desesperanza es la falta de expectación, de futuro, de proyectos; un horizonte que no se vislumbra y una realidad sin salida. La vida del alcohólico pierde a demás las dos temporalidades básicas: pasado y futuro, para situarse únicamente en el presente el cual es vivido como algo largo, inacabado, tedioso; presente en el cual la botella es el máximo valor o la única cosa que puede sostenerlo.

Las adicciones están de muy variadas formas instaladas en las personas esclavas de sí mismas. Según el modelo existencial, las adicciones son definidas como: los efectos visibles de un vacío existencial y de una falta de recursos personales y de estancamiento del desarrollo personal.

Vázquez (2005), desde una visión fenomenológica, da importancia a la libertad y la responsabilidad del ser humano con respecto al consumo del alcohol. Puede que no sea responsable de su adicción (por herencias genéticas o condicionamientos sociales), pero sí es responsable de la actitud que asume frente a ella. El hombre goza de una libertad esencial de elegir construirse (procesos de madurez) o destruirse (procesos de regresión). La persona adicta elige destruirse a sí misma, y también a la sociedad en la que está inserto. Pero no puede elegir no ser persona. Se es persona, se quiera o no serlo, sea uno adicto o no.

La responsabilidad nos permite elegir el ser libre sin temores ni ataduras, sin el miedo a crecer. Cuando, en esta búsqueda de sentido y realización, existe un mayor dominio de la tensión del ser humano, este tiende a caer en el vacío y la falta de sentido. La pérdida de sentido y significado de la vida, la frustración existencial y el vacío espiritual, son el factor causal del alcoholismo.

La persona alcohólica, que busca el placer por el placer, vive de forma acrítica, sin creencias ni compromisos, sin horizonte vital, sin un proyecto más allá de lo inmediato, acaba por sentir que ella misma se ha perdido. Eso es el vacío. Sin embargo, no se responsabiliza de sus errores. Mientras no encuentre la raíz de su problema, no podrá rehumanizarse.

Otra de las etiologías existencialistas, expuestas por Kierkegaard (1999), describe al alcoholismo como consecuencia de la incompreensión de una sociedad y por lo que en ellos se ha mal interpretado el significado de un pensamiento. Las causas de que los jóvenes tengan tantos vacíos existenciales son el consumismo promocionado por los medios de comunicación, donde se ve un claro interés por un beneficio propio y no por el de la comunidad (Marx). Lamentablemente por estos controles realizados, las personas se conviertan en consumistas de productos como el alcohol.

Esto, lo único que genera en los jóvenes es desorientación del camino que deben escoger para sobrellevar la vida, el cambio en su manera de pensar, buscando alternativas nuevas y diferentes que vayan en contra de todo lo que no encuentran en una sociedad y en una familia donde lo más importante son las cosas materiales; es decir, la misma base de la sociedad se ha vuelto hedonista y a su vez consumista.

Con lo cual trae consecuencias devastadoras, una de ellas es que los jóvenes son víctimas de su ansiedad que los domina, la confusión de no saber cómo expresar todo lo que sienten o piensan porque si lo hacen, se estarían arriesgando.

Para esta teoría, la meta de la vida es encontrar un sentido. Al no encontrarlo la persona cae en un vacío existencial; el mismo que intenta llenar con factores superficiales como el alcohol. Este vacío a la vez está generado por falta de valores, de responsabilidad y de libertad que llevan a la persona a no encontrar una motivación de existencia.

2.2. EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOL

Los efectos psicoactivos inmediatos que las bebidas alcohólicas son capaces de crear, son fundamentalmente de tres tipos: desinhibidores, euforizantes y ansiolíticos.

El abuso de alcohol puede generar efectos en: la conducta, las funciones sensoriales y perceptivas; el humor, la memoria; la sexualidad y sobre todo la emotividad permitiendo que afloren sentimientos de inseguridad, temor, humillación, vergüenza, culpabilidad; depresión, angustia y desesperanza. Por otro lado se encuentran trastornos del sueño e insomnios crónicos, así como inhibición de fobias y temores. Además todos estos cambios se pueden vincular directamente con conflictos, crisis y rupturas familiares, así como problemas de pareja.

Pascual (2002), explica que el alcohol durante sus primeras etapas proporciona euforia, infunde valor, aumenta el tono vital y ayuda a tomar decisiones, porque el alcohol baja los mecanismos de defensa y las persona interactúan fácilmente. No obstante se ha constatado que más de la mitad de los pacientes alcohólicos en etapas posteriores, presentan:

- *síntomas depresivos*: asociados a tensiones emocionales, en aquellas etapas en las que existe abuso o inclusive dependencia y donde el paciente se encuentra dentro de un círculo vicioso, aumentando la tensión y generando más problemas emocionales y más influencia negativa del entorno, que recae directamente en el trabajo, familia y amigos.
- *Aumento de la agresividad*: debido principalmente a uno de los efectos que el alcohol ocasiona (suprimir inhibiciones y anular sublimaciones) se logra disminuir

las funciones de censura del Super Yo, permitiendo que afloren con suma facilidad sus pulsiones agresivas dirigidas a los objetos de su medio,

- *Capacidad de socializar afectada:* progresivamente, a causa de la ingesta continua de la sustancia toxica, las relaciones familiares y sociales se enturbian y se enfrían, sus amigos los abandonan, no quedándoles otro recurso que la soledad o el aislamiento en el pequeño grupo que comparte con él la borrachera. Se pierde poco a poco la aceptación al otro y la capacidad de empatía.
- *Irresponsabilidad:* ligada en algunas ocasiones a disfunciones cognitivas utilizadas como justificativos por ejemplo: *no puedo trabajar porque soy un enfermo alcohólico.*

Los trastornos cognitivos pueden generar un deterioro irreversible. Depende de las características físicas, las circunstancias personales, del entorno. Todo esto influye. Las neuronas muertas no se recuperan en ningún caso. El consumo de sustancias tóxicas acelera los procesos degenerativos. Así mismo se mencionan casos de amnesia o disfunciones sexuales orgánicas, irreversibles pese al tratamiento.

La Watchtower Society, apoya la hipótesis de que el alcoholismo induce a la violencia:

“el alcohol puede desinhibirnos, liberarnos de las convenciones sociales y distorsionar la interpretación que hacemos de las acciones ajenas, facilitando así las reacciones violentas. También contribuye significativamente a la violencia doméstica y las agresiones sexuales.” (para. 5)

Menacho (2006), describe que el alcohol fomenta las conductas violentas. El alcoholismo es la primera causa de la violencia: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.

La relación entre el alcohol y la violencia tiene efectos sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central pues afecta directamente la conciencia, la que nos permite razonar sobre nuestra propia existencia y reflejar, de manera adecuada, la realidad circundante, por lo que el consumo de alcohol puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido esta sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede ocurrir

desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de códigos ético - morales y de las buenas costumbres de convivencia, lo que facilita la aparición de la violencia.

2.3. RASGOS DE PERSONALIDAD DE UN ALCOHÓLICO

En el escenario de la dependencia a sustancias muchos de los rasgos de personalidad predisponen al consumo, por lo cual es pertinente, su adecuado reconocimiento y atención temprana para evitar su desenlace en problemas adictivos. Ruiz (2001) y Cervantes (2002) concuerdan al señalar algunos rasgos y características de la personalidad del alcoholico y que de manera general se describen a continuación:

- **Rasgos de Personalidad Dependiente:** Joven que se caracteriza por su fragilidad emocional por lo que se deja llevar por un grupo. Usualmente pasivo, de poco carácter, que por lo general no asume sus propias decisiones sino deja que otros lo hagan por él, inseguro, con marcadas necesidades de ser asistido por los demás. Frecuentemente estas personas son presa fácil de la presión social para el consumo de alcohol y otras drogas.
- **Rasgos de Personalidad Evitativa:** Es la persona con rasgos de timidez de mucho tiempo, con creencias de ser inferior, socialmente inaceptable, con serios problemas para relacionarse a nivel social (particularmente con el sexo opuesto) por el temor a la crítica, rechazo o al no caer bien. Muy cohibida, temerosa al fracaso y que con frecuencia usa el alcohol y otras drogas como forma de desinhibirse, relajarse y así poder suplir su deficiencia psicológica personal y enfrentar las situaciones sociales y temores diversos.
- **Rasgos de Personalidad Antisocial:** Caracterizada por la trasgresión repetitiva y constante de las normas sociales y de los derechos de los demás, con problemas de disciplina, rebeldía y variados grados de conductas antisociales. Tales rasgos suelen acompañarse del uso del alcohol y otras drogas dentro del repertorio conductual antes mencionado. Es uno de los rasgos de peor pronóstico y que es una condición que debe ser identificada por el riesgo de manipular el entorno en beneficio personal.
- **Rasgos de Personalidad Histriónica:** Caracterizado por la tendencia a la exageración en la expresión de sus emociones, con búsqueda constante de ser el centro de la atención, con poca tolerancia a la frustración, con tendencia a

enfrentar sus problemas o conflictos a través de conductas mal adaptadas ejemplo; desenfrenos impulsivos, gestos suicidas, manifestaciones conversivas (desmayos, crisis de nervios, cefaleas intensas, etc.) o disociativas (ejemplo. estado de trance, desorientación en persona, conductas regresivas) cuya finalidad es manipular a su entorno (pareja, familia) para satisfacer sus necesidades personales. Este tipo de rasgo de personalidad con frecuencia usa el alcohol, los sedantes u otras drogas para enfrentar sus conflictos de relación y/o sus tensiones extremas, calmando transitoriamente sus angustias para luego cristalizar en la dependencia.

En este punto es esencial, complementar lo antes mencionado con una investigación de campo realizada por Pedrero Pérez (2003), y citada por Landa (2004), En el cual se corrobora la presencia de algunos rasgos de personalidad que se asociaron al consumo de alcohol en una muestra de 150 adictos, a través de instrumentos de evaluación y entrevistas, los cuales arrojaron a los siguientes rasgos como los de mayor puntuación: Rasgos Dependientes y Rasgos Antisociales con un 26% respectivamente, Rasgos Narcisistas en un 23%, Rasgos Histriónicos con el 14% y finalmente Rasgos Evitativos: con un 8%.

Rivera (1984), al hablar de la personalidad del alcohólico, menciona la llamada también personalidad adictiva, que caracteriza a personas escapistas, que no pueden afrontar y resolver los problemas siempre presentes de la realidad y prefieren huir, encontrando en la intoxicación alcohólica una falsa puerta de escape para liberarse de la ansiedad y de la depresión. Otros pueden describirse como personas con rasgos esquizoides, temerosas, tímidas, inhibidas y deprimidas y que tienen antecedentes de intentos de suicidio o de otras actividades autodestructivas. Hay alcohólicos que son básicamente dependientes y posesivos en sus relaciones; ellos muestran rasgos evidentes o discretos de inmadurez sexual, otros investigadores enfatizan su marcada, usualmente generalizada, ansiedad social y su tendencia a exagerar las relaciones interpersonales con obvia ignorancia de los límites de las mismas, exhibiendo exageradas y permanentes dependencias.

Otros rasgos de la personalidad alcohólica, descritos por este autor son: el perfeccionismo, la compulsividad y el delirio de grandeza. El alcohólico tiene que

probar que es mejor que los demás a fin de reprimir el complejo de culpa que aflora del subconsciente. No se conforma con lo bueno, tiene que ser lo mejor, lo máximo. La grandiosidad está presente en el alcohólico tanto si está sobrio o bebido. Todo mundo conoce al alcohólico que desde el asiento de un bar del fabuloso negocio que está a punto de realizar, de sus proyectos multimillonarios, de sus logros fantásticos, de sus ilimitadas posibilidades, etc. Pero al día siguiente es la otra cara de la moneda y le dice a su esposa: *yo soy la peor persona del mundo; he fallado en todo lo que he hecho; soy indigno de ti; merezco morir*. El delirio de grandeza es una defensa contra el complejo de inferioridad y los sentimientos de culpa.

Creemos importante señalar que a pesar de que algunos de los rasgos antes descritos han sido encontrados en personas con problemas relacionados con el alcoholismo, ninguno de ellos por si solo genera de manera automática la enfermedad. Ya hemos señalado en apartados anteriores, que el alcoholismo es un resultado multifactorial, donde la personalidad es una estructura compleja integrada por factores extrínsecos e intrínsecos, de los cuales algunos afloran y otros no dependiendo de elementos como la familia y el ambiente.

En base a la literatura antes expuesta afirmamos que los rasgos de personalidad que son más vulnerables a los problemas de alcoholismo son los dependientes por su característica innata de aferrarse a algo o a alguien para encontrar bienestar consigo mismo. Y por otro lado los rasgos antisociales por su historial delictivo que generalmente viene acompañado del abuso de sustancias.

2.4. TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA EL ALCOHOLISMO: TRATAMIENTO

Abordar el tratamiento no es sencillo, sin embargo existen dos formas de intervención que han alcanzado mayor aceptación por su efectividad:

HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización o internamiento es la remisión, a centros especializados, para aquellos alcohólicos que no son capaces de dejar de beber en libertad, ni aún con ayuda de ciertos medicamentos. El internamiento se fundamenta en la necesidad de lograr: la desintoxicación, deshabituación y la reinserción al medio social.

Aramendi (2005) describe que el objetivo fundamental, de la hospitalización, es conseguir que las personas atendidas puedan reconocer los problemas relacionados con la bebida y puedan desarrollar una vida más autónoma. En este tipo de tratamiento, se abordan las diferentes intervenciones educativo-terapéuticas, en régimen de internamiento, aprovechando el entorno natural del centro residencial y, sobre todo, la convivencia en grupo. Y de este modo el paciente va adquiriendo, progresivamente, la capacidad de resolver los conflictos que surgen en el proceso curativo. Entre estas actividades podemos destacar las siguientes:

- Ø Actividades de ocupación laboral: en el área de intendencia, en el área agropecuaria y en el área de taller y de mantenimiento de la comunidad.
- Ø Actividades socioculturales: prácticas deportivas, actividades sociales, cursillos, salidas y excursiones.
- Ø Actividades formativas: para mejorar el nivel de estudios, dotarse de habilidades sociales, competencias profesionales, etc.
- Ø Actividades psicoterapéuticas: psicoterapia individual, grupal y terapia familiar.
- Ø Actividades socioterapéuticas: sesiones individuales y grupales, evaluación continua del proceso de inserción del paciente.
- Ø Actividades psicopedagógicas: intervenciones educativas, valoraciones diarias, trabajo individualizado con sesiones de tutoría y trabajo en grupo.

El ingreso en la Comunidad Terapéutica se realiza mediante la aceptación de un contrato terapéutico basado en el compromiso del paciente, la incorporación de los familiares a grupos, la abstinencia del consumo de drogas y de prácticas sexuales, la ausencia de agresiones físicas y la participación previa al ingreso en actividades de Comunidad y de Centro de Día.

Las intervenciones en las correspondientes fases se desarrollan en dos dimensiones: individual (físico, psicológico y educativo) y familiar. Los métodos de trabajo se centran, como hemos dicho anteriormente, en psicoterapias individuales, de grupo y actividades socioterapéuticas programas de salidas desde la residencia.

No obstante la hospitalización debe ser considerada un recurso únicamente en los siguientes casos, tal como lo describe Velásquez (2004):

1. Mal estado físico general y trastornos somáticos importantes como fiebre, hemorragia, etc.
2. Para desintoxicación, cuando hay dependencia física severa, síndrome de abstinencia o delirium tremens.
3. Graves trastornos del comportamiento, depresión o psicosis.
4. Serios problemas familiares con rechazo o abandono que hacen recomendable aislar al paciente de la familia.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

El tratamiento ambulatorio puede ser administrado tanto a pacientes no ingresados, es decir personas que recién inician su consumo y conservan su estudio o trabajo, que poseen un vínculo familiar estable y desean enfrentar su dependencia a la adicción desde el principio, evitando así mayores consecuencias que dañan su futuro y el de los que los rodean. O en pacientes que han finalizado un proceso de desintoxicación mediante un período de hospitalización.

Para Aramendi (2005) el objetivo fundamental de este tipo de tratamiento es proporcionar a cada paciente un plan individualizado de inserción, asesorándole en el manejo de nuevas situaciones, impulsando su capacitación laboral y la ocupación sana del tiempo libre. Se pretende que el paciente aprenda a obtener el máximo partido de sus recursos personales y de los existentes en su entorno próximo, potenciando su incorporación familiar y social y previniendo posibles recaídas. Para ello, se debe establecer citas de control simultáneamente con la vinculación del paciente a terapias de grupo, tal como Alcohólicos Anónimos.

Entre las actividades más significativas para lograr este objetivo podemos destacar las siguientes:

- Ø Actividades formativas: realización de cursos formativos como plataforma para la búsqueda de empleo y también como recurso que favorece la relación

con otras personas, el sentimiento de pertenencia a un grupo, la adopción de compromisos, el esfuerzo personal, etc.

- Ø Fomento de la utilización del tiempo libre para favorecer un tipo de relaciones y actividades que permitan pasarlo bien, sin estar vinculadas directamente con el abuso del consumo de drogas.
- Ø El apoyo del paciente en la búsqueda de empleo poniéndole en contacto con otros recursos especializados en este campo.
- Ø Atención a demandas puntuales de pacientes dados de alta, una vez finalizado el tratamiento. Se atienden las demandas de pacientes que finalizaron el tratamiento y que, en momentos concretos, solicitan algún tipo de intervención: apoyo en situaciones de crisis o recaídas, enfermedades y asesoramiento en materia judicial y laboral.

Independientemente del tipo de tratamiento que se utilice, los distintos enfoques teóricos proponen técnicas que son de gran utilidad y eficacia, que son recopiladas a continuación:

2.4.1. TERAPIA DE GRUPO

Elisondo (1988), describe a la psicoterapia de grupo como la ideal para los alcohólicos. Afirma que la única manera de lograr la primera meta del tratamiento, que es la abstinencia, es en confrontar al enfermo ante otros individuos que padecen la misma enfermedad. A mediano plazo, los resultados de esta confrontación son:

- Romper rápida y efectivamente con los mecanismos de defensa del paciente, pues el efecto de espejo de este tipo de estrategia los orilla a reconocer y aceptar su enfermedad.
- Este tipo de reuniones grupales permiten que disminuya la culpa y el autodesprecio, tan frecuentes en los alcohólicos que se sienten rechazados, marginados y despreciados por la sociedad.

Colli y Prendes (2004), citan algunas características de los grupos de psicoterapia y detalla que estos pueden empezar con técnicas participativas de grupo, partiendo

siempre de las necesidades del auditorio alcohólico, una de las cuales, casi obligatoria, es que el terapeuta ayude al paciente que inicia con el grupo a diagnosticarse como alcohólico, para lo cual la ayuda del grupo es fundamental, porque es este quien realmente lo va a hacer.

Están formados por siete personas como mínimo y doce como máximo y pueden ser abiertos o cerrados. En los grupos abiertos (que en la práctica cotidiana son los más comunes) la cantidad de participantes varía (aunque la mayor parte de veces se respeta el número máximo y mínimo) debido a que ingresan nuevos miembros a suplir a los que desertan o concluyen su terapia. Además, según Colli M. y Prendes M. la patología del alcoholismo es una enfermedad incurable, que es propensa a recaídas. Por este motivo entendemos que el grupo debe ser abierto, pues en caso de recaída el paciente tiene su grupo donde recibir ayuda. En los grupos cerrados participan las mismas personas hasta que terminan la terapia; generalmente, son grupos pequeños programados para periodos breves y con objetivos muy precisos. El grupo pequeño reproduce a la familia y el grupo grande a la sociedad. Elisondo (1988).

Los principales objetivos que persigue la terapia de grupo son: la catarsis y la discusión. La discusión ya que tiene como meta central el estímulo del aprendizaje mediante la discusión de los temas referidos y básicos del alcoholismo. Y catártico, pues en medio de la dinámica grupal los pacientes empiezan a realizar confesiones, ya sea de su historia personal o de experiencias vividas.

Velásquez (2004), habla de ciertos objetivos que debe alcanzar la psicoterapia de grupo según Bogani y se citan a continuación:

1. Estabilizar las abstinencias pasajeras.
2. Durante la sesión de psicoterapia los pacientes deben estar sobrios.
3. Integrar los familiares al tratamiento.
4. Crear conciencia clara de la enfermedad.
5. Motivar la autosinceridad del paciente.
6. Prepararlo para su vida posterior en una sociedad alcohólica.
7. Prevenir dificultades familiares y laborales.

8. Convertir al paciente en enfermo abstinentemente permanente.
9. Convertir su abstinencia represiva en acción liberadora.

GRUPO DE AUTOAYUDA

En el ámbito de la salud mental, los grupos de autoayuda sirven para ofrecer a quienes padecen de un mismo mal la posibilidad de brindarse ayuda, además de ser un espacio social para manifestarse y retroalimentarse con las experiencias de sus similares. Sepúlveda (2007) conceptualiza el término como:

“Grupos auto determinantes cuyos miembros comparten una preocupación común sobre su salud y se brindan unos a otros apoyo emocional y ayuda material, de forma gratuita o cobrando una pequeña suma como membrecía, y que valoran sobre todo el conocimiento experiencial en la creencia que ello provee de un entendimiento especial de la situación. Además de proporcionar apoyo mutuo para sus miembros, estos grupos pueden preocuparse de brindar a sus comunidades información, educación, ayuda material y apoyo social”.
(p. 3)

El grupo se plantea varios objetivos a seguir, tal como lo cita Salvo (2006):

- Ø Crear un ámbito para compartir experiencias y sacar provecho de las que aportan los demás. Quién mejor que otro paciente, con iguales problemas, para comprenderlas.
- Ø Promover la discusión amplia de los problemas de los enfermos y sus familiares.
- Ø Educar a los pacientes y familiares acerca de la enfermedad, ya que el conocimiento ayuda a disipar dudas e incertidumbres.
- Ø Mantener un canal permanente de comunicación con profesionales especializados para contar con información actualizada.
- Ø Mantener vínculos con entidades y fundaciones, a nivel nacional e internacional, destinadas a ayudar a los pacientes.
- Ø Dar a publicidad y promover el conocimiento acerca de las enfermedades

específicas a toda la sociedad, para lograr de esta manera una actitud más comprensiva y activa.

- Ø Lograr que el paciente adopte una actitud positiva y asuma un rol activo en el manejo de su enfermedad.

Sepúlveda (2007) hace una diferencia entre los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo. Aunque algunos autores han llamado a los grupos de apoyo “grupos de autoayuda guiados por profesionales”, la terminología ha sido estandarizada de tal manera que grupo de apoyo significa un grupo en el cual la responsabilidad última del manejo del grupo no es de los integrantes sino que del profesional que los apoya, aunque los participantes pueden compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente. Los grupos de autoayuda son, en teoría, propiedad de sus miembros e independientes de control profesional; sin embargo, esto no significa que no tengan relación con ellos. Por el contrario, los grupos de autoayuda exitosos trabajan en cercana colaboración con profesionales relacionados.

2.4.2. TERAPIA FAMILIAR

Macías (1988), narra que las relaciones familiares conflictivas pueden jugar un papel significativo en la génesis del alcoholismo; es por esto que la terapia también debe dirigirse a todo el sistema.

El autor explica que lo primero que debe lograr el terapeuta es detectar el papel del consumo de alcohol en la vida familiar. En determinadas circunstancias, es evidente que la conducta del paciente alcohólico identificado emerge ante situaciones familiares de estrés o de conflicto, en este caso, la conducta puede considerarse como señal de alarma que refleja precisamente la tensión familiar y la necesidad de una intervención.

Por otro parte, cuando el consumo de alcohol es un componente importante en los patrones interaccionales prevalentes en el sistema familiar, una terapia encaminada únicamente hacia el logro de la abstinencia total, sin manejar las consecuencias que esto puede producir, es posible que encuentre una resistencia (manifiesta o encubierta) por parte del sistema.

Elisondo (1988), describe dos objetivos básicos de la terapia familiar:

- Un objetivo primario que es lograr un cambio de actitudes de las personas que conviven con el alcohólico. Es muy común que la familia participe de los mitos y prejuicios que, como consecuencia de la ignorancia, la sociedad tienen respecto del alcohol y de los alcohólicos. Por lo general, al principio los miembros de la familia niegan la presencia del alcoholismo, posteriormente reaccionan con ira y agresividad, después con preocupación y, finalmente aceptan el problema. El proceso psicoterapéutico debe procurar que los familiares superen las primeras fases y logren llegar a la última, para que pueda lograrse el objetivo primario.
- Un objetivo secundario que consiste en detectar la psicopatología familiar, integrar una dinámica familiar y someter a las familias sintomáticas a una terapia familiar.

Dentro de este enfoque terapéutico, la intervención debe encaminarse a mejorar el funcionamiento y la flexibilidad de la familia como un todo, más que con un sentido de orientación intrapsíquica. Macías (1988).

Las implicaciones fundamentales que surgen de intervención terapéutica, se dan de tal modo que, es necesario que el terapeuta determine claramente las consecuencias de la conducta alcohólica sobre el sistema; y por otro lado, que estructure un programa de ayuda para el paciente y la familia, de modo que las conductas que ocurren durante el estado de sobriedad puedan mantenerse y la familia pueda aprender conductas alternativas y sanas.

La terapia familiar implica evaluaciones iniciales de los demás miembros de la familia en las que incluso pueden participar miembros de la familia extendida que se consideren importantes en los patrones interaccionales del sistema familiar. Este tipo de entrevistas conjuntas se mantiene como una opción entre el equipo terapéutico, cuya premisa básica es considerar a la familia como unidad de tratamiento.

Algunas técnicas terapéuticas siguen los modelos establecidos por Satir, y Macías (1988), que hablan de la inclusión de factores como: los conflictos de interacción,

el mejoramiento de la comunicación, la comprensión de los problemas interpersonales y sus determinantes intrapsíquicos, la definición del problema en términos familiares más que individuales así como el mejoramiento de la complementariedad y la ejecución de roles familiares.

En el caso de los jóvenes, según el Instituto Médico Schilkrut (1999), dado que su comportamiento cambia de forma drástica y que la familia ve como el adicto sufre por la falta de alcohol y las irresponsabilidades que se acarrea con este trastorno; se ve la necesidad de generar apoyo familiar en la rehabilitación, a partir del tratamiento creado con terapias de especialistas que pueden orientar al círculo cercano en cómo tratar a un individuo con problemas de alcoholismo.

Para Rodríguez y colaboradores (2007), el tratamiento en jóvenes debe incluir terapias de grupo, trabajos con las familias y el manejo de los problemas de fondo que acarrea el alcoholismo, en esta etapa de vida, para solucionarlos de manera definitiva. Para lograrlo, la intervención terapéutica familiar debe trabajar en: identificación y resolución de problemas, expresión de afectos, participación emocional, autonomía, límites, etc. Y por otro lado, según las investigaciones realizadas por estos autores, los jóvenes reducen su consumo de alcohol, cuando los padres aplican una disciplina uniforme, expresan sus expectativas claramente, forman parte de sus vidas, participan en sus actividades y cuando tanto los jóvenes como los padres indican que tienen una relación estrecha.

En aquellos casos de personas comprometidas o casadas, se pueden realizar sesiones de terapia de pareja, ya que es muy importante en la recuperación, tanto para mejorar el deterioro en la relación que se ha producido a causa del alcoholismo como para modificar la estructura patológica existente en la pareja. El apoyo del cónyuge es básico en la recuperación del alcohólico. (Velásquez, 2004).

En este contexto sería oportuno mencionar una investigación mencionada por Macías (1988), y realizada por Steinglass y en el que se pudo concluir que los pacientes cuyas esposas asistían a un grupo terapéutico, fueron más persistentes en sus terapias. Los estudios de seguimiento después de un mínimo de tres años indicaron una mejoría mucho más significativa en el control de la bebida y en la

armonía marital entre estos pacientes, que entre los que habían asistido al programa terapéutico sin la participación de sus esposas.

De este modo puede considerarse que la conducta de cada miembro de una pareja está controlada en forma significativa por la del otro; por ejemplo, si la conducta de uno de los miembros amenaza el equilibrio del sistema, el otro realiza esfuerzos para mantenerlo.

2.4.3. TERAPIA CONDUCTUAL

Las terapias del comportamiento, basadas en las teorías del aprendizaje, han sido incorporadas al tratamiento para alcohólicos. Según Elisondo (1988) el fundamento teórico de la psicoterapia conductual se basa en el hecho de que en el alcoholismo interviene un componente aprendido por lo tanto el objetivo terapéutico va dirigido a modificar o eliminar aquella conducta que funciona como agente productor del alcoholismo. Para Secades y Fernández (2001) en la actualidad, existe suficiente soporte empírico que avala la eficacia de las terapias conductuales en las adicciones. La característica esencial radica en que estas técnicas se aplican dentro de paquetes de tratamientos en combinación. No obstante la principal crítica que obtienen estas técnicas es su orientación hacia la conducta observable sin prestar atención al análisis de sus causas.

Las principales técnicas que se utilizan en la terapia de corte conductual, según Monasor, Jiménez y Paloma (2003) son:

- **Terapia aversiva:** En esta técnica se castiga la conducta desadaptativa y consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choque eléctrico o vómitos por haber tomado interdictores). Se emplea muy poco en el tratamiento del alcoholismo, además los estudios sobre su eficacia no arrojan resultados contundentes a la hora de reducir o suprimir el consumo de alcohol en los pacientes.

Según Elisondo (1988) explica que el condicionamiento clásico aversivo consiste básicamente en asociar la ingesta de alcohol con apomorfina u otra droga emética para producir náuseas, vómitos e irritación gástrica. Posteriormente se aumenta la dosis del emético y se aplica el rango de licores

utilizados, hasta que el paciente desarrolla una aversión condicionada ante la vista, gusto, sabor y efectos del alcohol. Este tratamiento debe repetirse periódicamente para reforzarlo; de lo contrario la respuesta aversiva se extingue.

- **Contrato de contingencias:** Se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar el consumo de alcohol. Estas consecuencias se deciden entre terapeuta y paciente. Miller revisó la eficacia de los diversos tratamientos del alcoholismo y observaron que ésta es la técnica conductual que mayor eficacia demostró. Aun así, se utiliza escasamente en la actualidad.

Peñate (2001) define esta técnica como negociaciones y acuerdos que se establecen entre el paciente y el terapeuta, con el objetivo que se lleven a cabo una serie de conductas específicas y acordándose con antelación el reforzar determinada conducta funcional mediante sistemas operantes de economía de fichas. Normalmente se negocia para que sigan las prescripciones tanto psicológicas como médicas, como puede ser: la toma de medicamentos en presencia de su esposa o establecer contingencias entre el tiempo de terapia y la no realización de tarea.

- **Prevención de respuestas a la exposición a estímulos:** Se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el *craving* (deseo incontrolable de beber alcohol) cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol. Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo-consumo siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada. La técnica consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída.

Para Peñate (2001), se basa en la exposición repetida y no reforzada a los estímulos antecedentes del consumo, lo que producirá la extinción de las urgencias y de las respuestas de deseo. Se espera que después de una serie de

exposiciones a estímulos o situaciones asociadas al alcohol, la ansiedad entre estos estímulos se extinga.

2.4.4. TERAPIA COGNITIVA

Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con el alcohol y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y los craving.

Según Carrobbles (1997) el denominador común de todas las técnicas agrupadas bajo la etiqueta de cognitivas es el de apoyarse en el supuesto básico de conceder un valor intermedio a las cogniciones respecto a los demás componentes del comportamiento humano (las emociones y la conducta motora o manifiesta) ante una experiencia o situación determinada, atribuyendo con ello, finalmente, a las cogniciones una función causal sobre estos otros componentes del comportamiento humano. Este papel prioritario y fundamental concedido a las cogniciones respecto a la conducta normal, se traduce, igualmente, en el ámbito de la Psicopatología en el supuesto básico de que la mayoría de los trastornos emocionales o de conducta son producidos o causados por alteraciones o trastornos del pensamiento.

Monasor y colaboradores (2003) describen las principales técnicas que se utilizan en la psicoterapia cognitiva:

- **Prevención de recaídas (PR):** Este programa implica el análisis funcional con el fin de identificar las situaciones de riesgo, y el entrenamiento en habilidades para afrontar mejor estas situaciones y prevenir la recaída. El programa considera la recaída como la respuesta a un estímulo específico, por lo cual la intervención debe orientarse en que el paciente aprenda a identificar y afrontar de forma efectiva los diferentes estímulos. (Peñate, 2001)

Los programas de prevención de recaídas están orientados a ayudar y enseñar a los pacientes a evitar las recidivas en su consumo problemático de alcohol. Se fundamentan, en su gran mayoría, en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura. Hay que destacar el modelo desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985, siendo utilizado ampliamente en los últimos años en el tratamiento del alcoholismo. Aunque la base teórica es similar, la aplicación puede ser muy diversa variando en número de sesiones, énfasis en

determinados conceptos clave y otras variables aun manteniendo todas ellas una orientación cognitivo-conductual.

La capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la P.R y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación constituyen una tríada de PR. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de recidiva para que la prevención sea eficaz.

Este tipo de programas ha sido objeto de investigación con el fin de comprobar su eficacia. Así, una reciente revisión apoya la utilización de este tipo de intervención. Las conclusiones de los estudios apuntan lo siguiente:

- Una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras e inicio del tratamiento, respecto a controles (sin programa PR).
- Aunque no se asocia con mayor tiempo de abstinencia, si se compara con otros tratamientos, se observa menor cantidad de alcohol consumido y menos problemas por la bebida que en pacientes con recaídas.
- Mayor eficacia de tratamiento integrado por PR y medicación que cualquiera de éstos aislados.

En este tipo de técnica se utiliza una escala estructurada en dos partes: a) Para determinar lo fuerte que piensa el paciente que pueden llegar a ser sus impulsos en una situación determinada, y b) Para determinar la probabilidad de que este mismo paciente utilice alcohol en esta situación. De este modo se pide a la persona que lea cada ítem y se imagine a si mismo en dichas situaciones. A continuación se ilustra un ejemplo:

TABLA N° 7		
EJEMPLO ILUSTRATIVO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS		
	PREDICCIÓN	
	Fuerza del Impulso	Probabilidad de utilizar Alcohol
1. He visto a mis compañeros. bebiendo alcohol.	_____	_____
2. Me siento estresado.	_____	_____
3. Converso con alguien sobre alcohol.	_____	_____
4. Acabo de soñar con alcohol.	_____	_____

- **Técnicas de autocontrol:** El objetivo es disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste. Los pacientes con dependencia leve o moderada y con rasgos de personalidad con tendencia al control y a la autorresponsabilidad pueden beneficiarse de ellas. Lo que se pretende con estas técnicas es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorefuerto/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo. Al igual que en los programas de Prevención de Recaídas se ha comprobado que la utilización de fármacos para disminuir el deseo mejora la efectividad de estos programas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Con este tipo de técnicas se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas con su consumo. En muchas

ocasiones el beber está vinculado a determinadas personas y situaciones que lo propician y el paciente carece de la destreza de afrontarlo de una manera más positiva. Por esto, se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva.

- **Intervenciones motivacionales:** Surgen a finales de los años setenta con el objetivo de promover un cambio en el paciente en su consumo de alcohol así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta. Para ello el terapeuta debe establecer una relación de empatía con el paciente evitando juicios de valor hacia éste utilizando técnicas como la escucha reflexiva y facilitar la verbalización de frases automotivacionales.

Entre las modalidades cabe distinguir el consejo médico, las intervenciones muy breves y las breves. Están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente sobre los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones son eficaces en sujetos no dependientes, es decir en individuos con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia leve. Son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores.

Dentro de las sesiones cognitivas terapéuticas, se pueden aplicar otro tipo de técnicas que también son de gran utilidad y eficacia. Beck; Wright, Newman y Liese (1993) describe algunas de ellas:

- **Análisis de las ventajas y desventajas (V-D):** La persona que consume alcohol suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximiza las ventajas de tomar dichas sustancias. Para ello esta técnica suele arrojar resultados positivos. En el análisis V-D, se controla al paciente a través de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir alcohol. Cuando este análisis tiene éxito, el paciente consigue obtener una

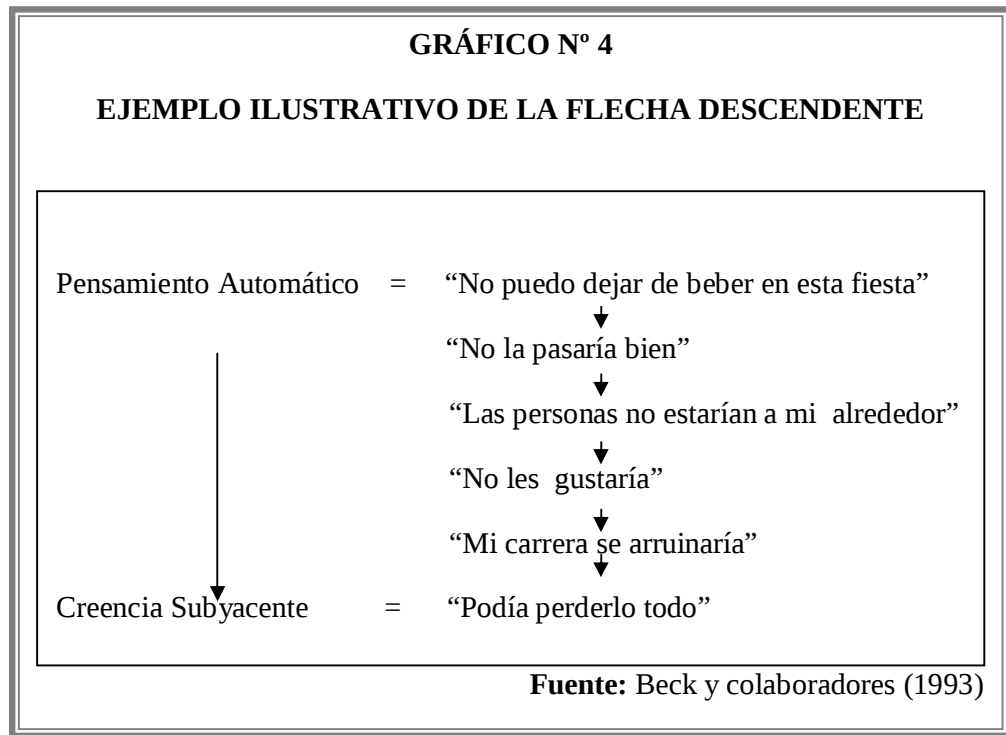
visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de la sustancia al que tenía previamente. A continuación se ilustra un ejemplo:

TABLA N° 8		
EJEMPLO ILUSTRATIVO DEL ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS		
	DEJAR DE BEBER ALCOHOL	NO DEJAR DE BEBER ALCOHOL
VENTAJAS	• Ahorrar dinero • Mantenerme sano. • No causar preocupación y sufrimiento a mi familia. • Conservar mi trabajo.	• Continuar con la manera fácil de aliviar el estrés • Evitar la abstinencia.
DESVENTAJAS	• Síntomas de abstinencia. • Incapacidad de manejar el estrés. • Abandonar a mis amigos de parranda.	• Probablemente la muerte ocasionada por tomar alcohol. • Ruptura familiar. • Continuar en un círculo vicioso. • Pérdida de empleo y problemas económicos.

Fuente: Beck y colaboradores (1993)

- **FLECHA DESCENDENTE:** Es muy común que los pacientes con abuso de alcohol tengan pensamientos catastróficos no solo acerca de su abuso de sustancias sino a cerca de ellos mismos, y sobre su futuro. La técnica de flechas descendentes es muy útil para tratar creencias de este tipo. Muchos pacientes son incapaces de articular estar creencias subyacentes, hasta que se les pide que consideren el significado personal que sus pensamientos más manifiestos tienen para ellos. Por tanto, cuando los pacientes exhiben emociones negativas intensas que parecen ser mucho más importantes que lo que sus pensamientos automáticos pudiesen originar, los terapeutas suelen pedir que intenten profundizar un poco más formulándose varias sucesivas de la pregunta: ¿Qué significa esto para ti? Frecuentemente el final de la

cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente. (Gráfico N° 4).



- **REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (RESGRISTO DIARIO DE PENSAMIENTOS):** Aquellos que abusan de alcohol tienden a hacerlo como resultado de sus creencias, acerca del alcohol. Mediante su utilización el paciente es capaz de examinar esta creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva. Además proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial durante el cual el paciente puede escoger no beber y experimentar una disminución natural del craving. A sí mismo proporciona un método para afrontar los estados de ánimo negativos, de tal forma que no sea tan probable llegar hasta el consumo de alcohol. El siguiente ejemplo demuestra la utilización de esta técnica:

TABLA N° 9

EJEMPLO ILUSTRATIVO DE LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

<i>SITUACION</i>	<i>ESTADO EMOCIONAL</i>	<i>PENSAMIENTO AUTOMATICO</i>	<i>CONDUCTA Y RESULTADO</i>
Describe: Situación actual que conduce a la emoción desagradable; ó imágenes, recuerdos o corriente de pensamiento que conduce a ella Tenía que dar un examen.	2.Especifica: Triste, ansioso, irritado..... Me sentí ansioso. 2. Evalúa el grado fuerza de cada emoción (0-100) 80%	1.Escribe: pensamientos automáticos que acompañan a la emoción Necesito beber algo para poder hacerlo. 2.Evalúa el grado de seguridad en los pensamientos (0-100) 90%	1.Respuesta Racional y/ afrontamiento No necesito una bebida puedo hacerlo sin ella.

Fuente: Beck y colaboradores (1993)

- **Resolución de problemas:** Beck y colaboradores (1993), afirman que las personas con problemas de abuso de sustancias tienen muy poca experiencia acumulada en reconocer y solucionar los problemas constructivamente es por esto que proponen esta técnica que tiene como objetivo promover las siguientes metas:
 - Definir el problema con términos específicos y claros.
 - Proponer una serie de soluciones posibles
 - Examinar los pros y contras de cada solución propuesta.
 - Escoger la mejor solución hipotetizada.
 - Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
 - Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

2.4.5. TERAPIA PSICOANALITICA

Díaz (1999) explica que el tratamiento psicoanalítico no depende solamente de la eliminación de lo negativo (adicción) sino, y de manera decisiva, de la utilización y de la ampliación de los recursos de la personalidad del paciente. Para ello, hay que evaluar:

1. Grado de capacidad para la introspección y el insight emocional, es decir, la capacidad para ver la conexión entre estados emocionales y las propias conductas, entre afectos e ideas, entre acontecimientos externos y estados emocionales, entre el pasado y el presente. Esto determinará el tipo de intervención terapéutica posible; específicamente, si el paciente puede o no realizar un análisis en que el insight sea el elemento terapéutico decisivo. O requiere de una psicoterapia de apoyo que en la mejor de las evoluciones posibles pueda ir hacia una de tipo expresivo-exploratoria.
2. Capacidad de postergar y/o controlar el actuar los impulsos y deseos.
3. Recursos instrumentales y/o físicos: habilidades cognitivas, perceptivas, corporales, relacionales.

En términos generales Monasor et al. (2003) acotan que en este tipo de terapia se intenta explicar motivaciones inconscientes en las conductas del paciente, así como

fijaciones y traumas que acontecieron en el desarrollo de su personalidad. Asimismo intentan promover mecanismos de defensa menos autodestructivos que el consumo de sustancias, como el alcohol, para el individuo. Se trabaja también en aspectos psicodinámicos relacionados con la pérdida de control (estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia y aspectos psicodinámicos de la recaída).

Este tipo de terapias se basan básicamente en la técnica de *interpretación y en el proceso de transferencia*. Según Díaz (1999) La técnica de la interpretación incluye:

- a) el *esclarecimiento* de la experiencia consciente y preconsciente del paciente.
- b) la *confrontación* como la manera más apropiada de enfocar la conducta adictiva con la experiencia subjetiva del paciente por medio de la libre asociación.
- c) la *interpretación* del significado inconsciente de aquello que ha sido aclarado y confrontado, siendo usualmente el significado inconsciente en el aquí y ahora un importante puente para la interpretación del significado inconsciente en el allá y entonces.

La transferencia es aquella herramienta que le permite al terapeuta a realizar interpretaciones o señalamientos que puedan agilizar el proceso, con el fin de darle una comprensión que va más allá de lo racional, es decir, lograr que pueda tomar una cierta conciencia de algunos de los móviles inconscientes que lo llevan a su sufrimiento actual, inevitablemente relacionados con experiencias de su historia. (Garzoli, 2006).

No obstante Kernberg (2001) reconoce algunas de las limitaciones del psicoanálisis pues no es eficaz cuando se emplea como modalidad única de tratamiento, principalmente por arrojar resultados a largo plazo. Por otro lado estas técnicas son de escasa efectividad cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad, un deterioro cognitivo o severos comportamientos autodestructivos.

2.4.6. TERAPIA EXISTENCIAL

Basado en la Logoterapia, Vélez de León (2006), asegura que una persona logra liberarse del alcohol cuando abre su conciencia espiritual y es capaz de integrar a su propia vida los tres valores que al vivirlos le dan sentido a la vida, y son:

- 1) Los Valores de Creación.- Que al dar, crear, ofrecer y entregar vamos trascendiendo hacia los demás, este valor se puede realizar a través del trabajo.
- 2) Los Valores de Experiencia.- Es el tener la capacidad de recibir lo que la vida nos ofrece, acogiendo en sí lo bello, lo bueno, lo verdadero y así amarlo.
- 3) Los Valores de Actitud.- Es la actitud positiva que tenemos frente a las circunstancias difíciles de la vida. Estos valores invitan a tomar una actitud de aceptación, aprendizaje y trascendencia a situaciones dolorosas una vez que se vivencia el proceso natural del duelo.

Cuando esto ocurre el adicto decide vivir sus propios valores y no afectarlos a través del alcohol podrá lograr un bien estar en su vida y así trascender ese bienestar a su comunidad, logrará responsabilizarse de su desarrollo personal y también social, desde una convicción propia y no impuesta, conservando su identidad y favoreciendo el despertar a su vida espiritual.

Zabala (2005), explica que el fenómeno adictivo es más amplio que la sola dependencia a estas sustancias. La conducta adictiva es síntoma de un profundo vacío existencial previo. Es por esto que, en la intervención terapéutica que propone la corriente existencialista, la prioridad es la persona y su rehumanización, no las adicciones y la droga.

La rehabilitación se entiende por el abandono del consumo, mientras que la rehumanización, además de partir de ese abandono, se dirige a transformar las conductas personales que provocaron la esclavitud a las drogas, la perspectiva de la rehumanización asegura que podrá salir totalmente de las adicciones si encuentra sentido a su vida. Así por ejemplo se trabaja sobre temas de elección, libertad y responsabilidad humana. La elección es fundamental en la existencia humana y es ineludible. La libertad de elección conlleva compromiso y responsabilidad. El

existencialismo mantuvo que los individuos -como son libres de escoger su propio camino- tienen que aceptar el riesgo y la responsabilidad de seguir con su compromiso donde quiera que les lleve.

Moffatt (2004), propone algunas técnicas existencialistas que se pueden aplicar dentro las sesiones correspondientes:

- **Incluir los baches:** El paciente debe ir incrementando la capacidad realizar un proyecto para su vida. Para ello, es importante que este se aprendan a aceptar los baches (obstáculos) dentro del proceso terapéutico, de modo tal que en los momentos reales de des-esperanza, estos queden aceptados como parte del tratamiento, porque si no, estos vacíos pueden romper la continuidad del proceso de curación. Así por ejemplo, hay que aceptar el odio dentro del amor, el cansancio dentro de la marcha, etc.
- **Que se hagan amigos el yo-que-fui y el yo-que-seré:** Donde el terapeuta, debe lograr un vínculo amistoso entre el de ayer y el de mañana, pues cuando estos viven peleando, producen el síntoma. Aunque el paciente está en el espacio, en lo real, y debe traer a lo imaginario, el *fui* (el paciente de ayer) y el *seré* (el paciente de mañana), de modo que se logre un pacto y se encuentre la solución más eficaz para eliminar el síntoma presente que sería el alcoholismo.
- **La poesía como mensaje paralelo:** En este recurso se puede comenzar a entregar la verdad, es decir se revela algo que no se podía comunicar. Para ello se utilizan temas que se desarrollan metafóricamente de modo que el paciente alcohólico, sin darse cuenta de lo que le estaba pasando, pueda comunicarlo todo, ya que la metáfora dice y no dice.

2.4.7. RECURSOS TERAPÉUTICOS AUXILIARES

Elisondo (1988), propone algunos recursos terapéuticos que se pueden utilizar en el tratamiento para los alcohólicos:

- **PSICOTERAPIA ARTÍSTICA:** a través de diversas manifestaciones del arte como la literatura, la música o la pintura, el paciente puede proyectar conflictos internos y entender mejor la relación entre el consumo de alcohol y sus

problemas personales, así como las actitudes sociales respecto del consumo de alcohol. Por ejemplo, en la psicoterapia musical se escuchan varias canciones que exaltan el uso del alcohol y después analizan, discuten y someten a crítica; de esta manera, el paciente desarrolla el hábito de valorar este tipo de mensajes.

- *CONFERENCIAS A PACIENTES Y FAMILIARES:* La información y la educación son aspectos muy importantes de la psicoterapia integral del alcohólico y de su familia. Debido a la ignorancia general que existe en relación con el alcohol y el alcoholismo, es necesario que, además de las técnicas propiamente psicoterapéuticas, el paciente y sus familiares conozcan los aspectos básicos de la naturaleza del alcohol y algunos otros fenómenos psicosociales como los mitos, el consumismo, la farmacodependencia, etc. Para lo cual es muy valioso usar materiales audiovisuales como filminas, diapositivas, películas, libros, cuestionarios y folletos.
- *TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:* Este método consiste en proporcionar al paciente elementos prácticos que le ayuden a manejar su angustia. Cuando el alcohólico aprende a concentrarse y a relajarse, encuentra una alternativa diferente para eliminar la tensión. Mediante estas técnicas, el paciente aprende a identificar las manifestaciones corporales de su angustia y a superarlas a través de la meditación. Un síntoma muy común entre los alcohólicos es el insomnio y a veces por eso recurren al alcohol o a los tranquilizantes; mediante la relajación, el alcohólico puede inducir al sueño sin recurrir a psicofármacos con propiedades adictivas.
- *CINE DEBATE TERAPÉUTICO:* El cine debate terapéutico es un recurso ameno y útil para aquéllos alcohólicos muy reticentes a aceptar su enfermedad. Esta técnica consiste en la exhibición de un documental o película cuyo tema central sea el alcoholismo o alguno de los conflictos que se asocian a él. Después de la exhibición, el terapeuta organiza y coordina un debate en forma de dinámica de grupo y se discuten diversos asuntos de los que se vio. El terapeuta estimula la discusión y promueve que los pacientes externen sus conflictos mediante la identificación de los personajes o situaciones que observaron. Una vez que los miembros del grupo vencen sus resistencias iniciales, el terapeuta hace observaciones, sugerencias e interpretaciones.

- *MANEJO DE LA SITUACIÓN LABORAL:* Así como es importante involucrar a la familia en el tratamiento del alcohólico, lo es trabajar con las personas que en su medio laboral tienen una relación importante con él (jefes, supervisores, compañeros o el jefe de personal). No es conveniente que estas personas desconozcan la naturaleza del trastorno del empleado; de ser así, el paciente tiene muchas dificultades para asistir a sus sesiones terapéuticas. Por otro lado, la mayor parte de los empresarios, sobre todo cuando el paciente alcohólico es empleado con mucha antigüedad o muy eficiente, cooperan con su tratamiento, en el sentido de ofrecerle facilidades de horario y económicas. Cuando el jefe empieza a notar las mejorías del empleado rehabilitado, se sensibiliza ante el problema y promueve actividades preventivas con otros empleados que tengan problemas similares.
- *LUDOTERAPIA:* La ludoterapia o terapia de juegos es muy importante en los centros de rehabilitación de alcohólicos donde los pacientes están internados durante varias semanas y trabajan intensivamente en diversos tipos de estrategias psicoterapéuticas durante todo el día. En estos casos, resulta muy útil intercalar diversas formas de ludoterapia, pues esto tiene un efecto catártico, relajante, educativo y de cohesión en el grupo, sin perder su carácter terapéutico. Por ejemplo, muchos pacientes alcohólicos son tímidos y han experimentado durante mucho tiempo el rechazo del grupo social al que pertenecen; el hecho de integrarlos a actividades lúdicas donde la unión, la cooperación y la participación del individuo en el grupo son fundamentales, proporcionan estímulos adecuados para que se sienta nuevamente aceptado y útil. Las terapias lúdicas consisten en actividades deportivas, concursos y juegos de mesa de carácter constructivo y educativo. Es importante evitar las situaciones que el paciente pueda asociar con su problema, como juegos de azar o apuestas.
- *PSICODRAMA:* Iniciada por J.L. Moreno, el fundamento de esta estrategia psicoterapéutica es que la psicoterapia dramática permite mayor profundidad y amplitud de conocimiento de la que puede obtenerse a través de los medios verbales. Esta terapia es particularmente útil al inicio del tratamiento, cuando los pacientes aún no superan sus mecanismos de defensas. Existen pacientes reacios y resistentes en la psicoterapia de grupo, que con una sola sesión de

psicodrama logran romper su estructura defensiva y cambian totalmente su actitud. Los mecanismos propios de esta técnica son la catarsis, la abreacción, la asociación libre en la actuación, el desfogue de la hostilidad y las peleas, que ayudan al alcohólico a descubrir y aceptar su enfermedad. Su objetivo no sólo es el discernimiento, sino la espontaneidad, la percepción total de respuestas no saludables, una imagen más exacta de la realidad, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia. En el grupo participan el paciente (protagonista), el terapeuta (director) y los demás miembros del grupo (egos auxiliares o coterapeutas), que intensifican el impacto de la situación terapéutica.

Luego de describir algunos de los tratamientos psicológicos utilizados para la rehabilitación en las adicciones, consideramos que es importante tener en cuenta elementos como la duración, el número de sesiones e inclusive el factor económico, debido a que estos resultan de interés para el paciente.

De este modo en nuestra opinión personal, creemos que la teoría psicoanalítica puede ser utilizada en casos de alcoholismo siempre y cuando tenga otro tipo de tratamientos de base, pues en la mayoría de ocasiones ésta resulta tener una larga duración y en primer término el alcoholismo requiere intervenciones inmediatas, por el mismo hecho de tener repercusiones a nivel conductual, cognitivo y los más importante a nivel orgánico.

Al contrario, pensamos que los tratamientos que resultan más eficaces son lo que se proponen en grupos de autoayuda, pues en ellos el alcohólico encuentra retroalimentación, motivación, comprensión y posibles soluciones en otras personas que padecieron lo que el enfrenta. Por otro lado, está la terapia de familia como aquella que permite sostener la abstinencia y evitar recaídas debido a que ese sistema es el pilar de la rehabilitación. Y al mismo nivel se encuentra la terapia cognitiva como una alternativa para cambiar cogniciones que repercuten directamente en el actuar de la persona.

Conclusión

Al tener el alcoholismo una extensa etiología, así mismo debería tener una intervención de tipo multiaxial, que no solo se centre en el sujeto; sino que integre de manera activa a su familia, a su entorno y a todo lo que con él se vincule.

A pesar de que cada corriente psicológica, va tomando mayor importancia dentro de la rehabilitación del adicto, cabe señalar que ninguna de ellas por sí sola; ya sea, en su fundamento etiológico o en su tratamiento terapéutico resulta efectivo en su totalidad. Por este motivo creemos necesario, entender que cada persona es una problemática diferente, por ello antes de utilizar un tratamiento estandarizado y generalizado se debería realizar trabajos en grupos interdisciplinarios y hacer un estudio previo que determine su factor etiológico de tal modo que la intervención terapéutica vaya dirigida a combatir ese factor desencadenante.

Por otro lado, pese a que las investigaciones señalan a los rasgos de personalidad antisocial o dependiente como latentes en los alcohólicos, no existe total certeza de que todos aquellos sujetos que presentan estos rasgos padecerán de problemas adictivos; no obstante son más vulnerables a adquirir este tipo de problemática.

CAPITULO III

“PLANIFICACIÓN DE UN PROYECTO DIRIGIDO A LOS JOVENES DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY”

Introducción

En nuestra cultura, la formación integral del ser humano a más de estar a cargo de la familia, se encuentra en las instituciones educativas, por ello el nuevo reglamento del CONESUP en su artículo 63 cita que: “...*las instituciones de educación superior deberán mantener un departamento de bienestar estudiantil que se encargará de promover un ambiente de respeto a los valores éticos y a la integridad física psicológica y sexual de los estudiantes...*”. Lo sorprendente es que estas instituciones que deben inculcar solo valores, muchas veces se convierten en transmisores de costumbres que atentan al bienestar psicológico, afectivo y social de un individuo, como lo es el consumo del alcohol. Así, se acepta fácilmente que los estudiantes realicen actividades respaldadas en propagandas que emiten un mensaje en pro del consumo abusivo.

3.1 ETAPAS DEL PROYECTO

El proyecto “UDA: ESTUDIO Y DIVERSIÓN SIN ABUSO DE ALCOHOL”, va dirigido a los estudiantes de la Universidad del Azuay, con el principal objetivo de tratar los diversos temas relacionados con el consumo de alcohol. El mismo está basado en el modelo lógico, propuesto por autores como: Cobos (2008), Jamieson y Caputo (2005) y la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD) en el año 2005. Esta última, presenta al modelo como una descripción de alto nivel de los vínculos entre las actividades y los resultados previstos de los programas de prevención del abuso de sustancias en los jóvenes. Estos programas se definen como emprendimientos que se perpetúan en el tiempo y dentro de los contextos más amplios. Por tal razón, hemos tratado de crear un modelo lógico que pueda comprender una amplia gama de enfoques y actividades programadas para la prevención del consumo y el abuso de sustancias para los jóvenes de la UDA.

Proyecto Dirigido a los Jóvenes de la UDA

En términos generales el proyecto buscará cumplir tres tipos de intervención:

El primer nivel es la prevención Universal. Se busca concienciar el problema e identificar o diagnosticar dificultades. En la UDA, el 54% de alumnos presentan un consumo normal.

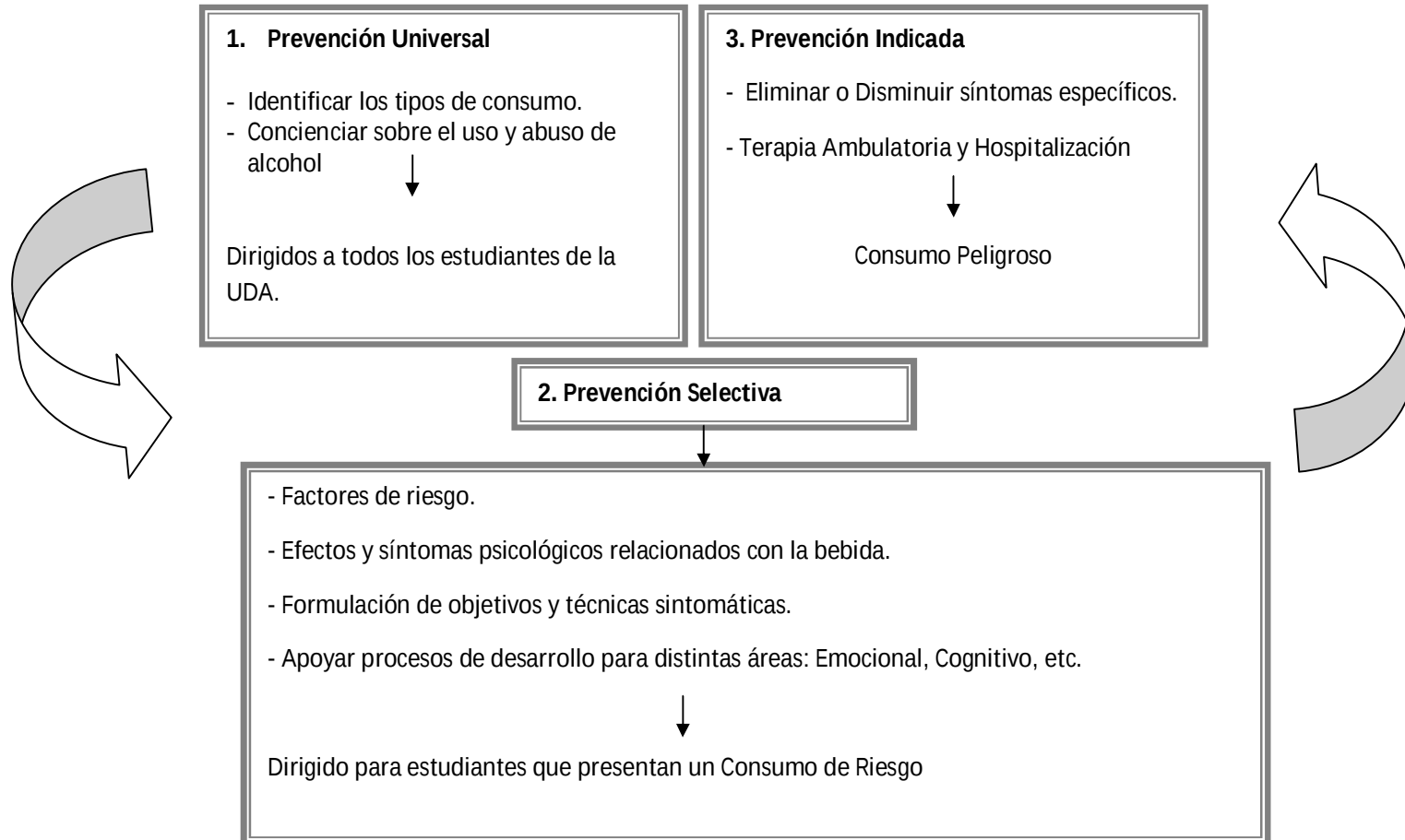
El segundo nivel es la Prevención Selectiva que trabaja con personas con un consumo en riesgo. En la UDA, el 30% de alumnos presentan un consumo de riesgo.

.

El tercer nivel es la prevención indicada que abarca los procesos de tratamiento para los estudiantes que presentan un consumo peligroso. En el estudio realizado en la UDA, este tipo de consumo se presentó en un 16%.

GRÁFICO Nº 5

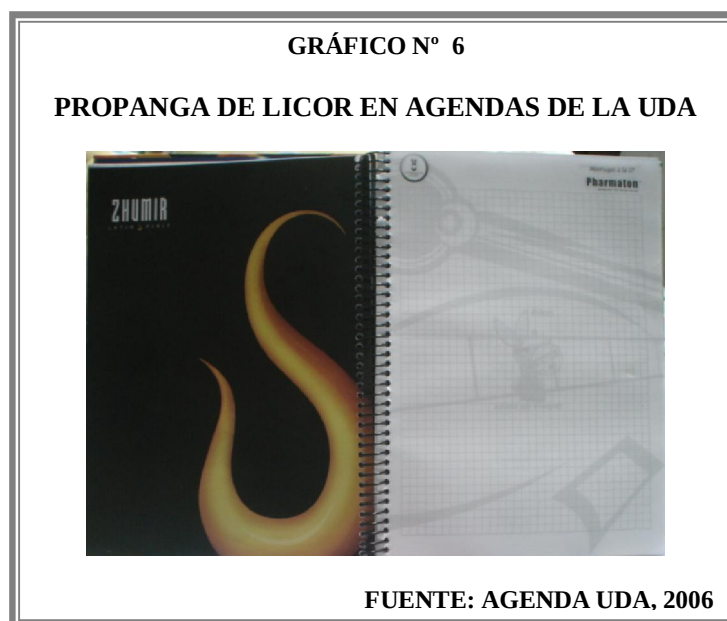
ETAPAS DEL PROYECTO “UDA: ESTUDIO Y DIVERSIÓN SIN ABUSO DE ALCOHOL”



3.1.1. PRIMER NIVEL: PREVENCIÓN UNIVERSAL

Para la CICAD (2005) las intervenciones universales se orientan a la población en general, sin referencia a las personas con un consumo en riesgo. El tipo y la naturaleza específicos de las actividades van dirigidos hacia la promoción de la salud, la toma de conciencia, en opciones saludables, la construcción de competencias sociales y tareas afines, para fortalecer los factores de protección y evitar o minimizar el riesgo. A continuación resumimos sus características más importantes, propuestos por Jamieson y Caputo (2005) y adaptado por las autoras para el presente proyecto:

- Ø **Objetivo:** Identificar los tipos de consumo en la UDA. Educar y aumentar la conciencia sobre las consecuencias en el uso y abuso de drogas: promoción de comportamientos y estilos de vida saludables y construcción de competencia social.
- Ø **Actividades:** En este tipo de intervención debe incluirse a todos aquellos que conformen el campo universitario ya sea como estudiantes, docentes o directivos. Para ello, se puede plantear algunos tipos de intervención aplicables:
 - Evitar las propongass de licor en agendas o cuadernos de la universidad. Así como en accesorios deportivos. Tal como ilustra el siguiente gráfico.



Proyecto Dirigido a los Jóvenes de la UDA

- Planificar festividades y celebraciones con los distintos motivos cuyo eslogan sea *beber responsablemente*.
- Establecer un espacio de *Consejería y Apoyo*, donde se daría apertura a todos aquellos estudiantes con problemas cotidianos y comunes, con el fin de aportar posibles soluciones y así evitar su desviación hacia el alcohol.
- Organizar charlas, conferencias y mesas redondas con aportes de especialistas como: médicos, psicólogos, sociólogos e inclusive agentes policiales; personas vivenciales e incluso los mismos estudiantes donde los temas a exponer sea el alcohol, sus causas y efectos. De modo que se puede ir identificando a los sujetos con posible riesgo de dependencia y ofrecer alternativas.
- Colar en los murales de cada facultad, gráficos ilustrativos referentes a los efectos graves del consumo de alcohol.
- Proyectar películas y documentales acerca del tema una vez al mes en los llamados Jueves Culturales. Planificar conjuntamente con el escuela de Comunicación Social un documental con opiniones, dudas y comentarios de los mismo estudiantes acerca del tema.

w **Alcance:** Población en general.

Ø **Resultados:**

- o Aumento en el conocimiento y la conciencia sobre las consecuencias del uso y abuso de alcohol.
- o Capacidad reforzada para tomar decisiones informadas y saludables.

3.1.2. SEGUNDO NIVEL: PREVENCIÓN SELECTIVA

Este tipo de intervención trabaja con jóvenes considerados en riesgo que pueden haber experimentado con sustancias o consumirlas esporádicamente. Los tipos de actividades orientadas a los jóvenes en riesgo pueden incluir la educación y el fomento de la conciencia, la construcción de habilidades específicas para opciones de vida y comportamientos sanos, empleando estrategias de motivación y construyendo competencia social (con acento en habilidades para tomar decisiones y en el fomento de habilidades de negación y resistencia específicas frente al consumo y abuso de sustancias), así como la ayuda directa. También puede haber actividades focalizadas para fortalecer los factores de protección (como el fomento de las habilidades parentales/familiares) y la oferta de actividades de esparcimiento, como alternativa al consumo/abuso de sustancias, en contextos comunitarios. CICAD (2005).

Para cumplir con esta meta, se deberá abrir un espacio de atención para asistencia psicológica con un horario establecido. Podría del mismo modo trabajarse conjuntamente con el departamento médico con el fin de lograr un diagnóstico más completo. Se plantea trabajar con aquellos estudiantes acepten participar voluntariamente en la intervención terapéutica.

El objetivo que se quiere lograr con esta función es realizar psicoterapias breves, donde haciendo uso de las distintas herramientas psicoterapéuticas y en un tiempo corto, se logre enfocar un cambio de comportamiento y/o pensamiento con respecto al consumo de bebidas alcohólicas. López Vega (2005), propone distintas áreas de acción para los problemas relacionados con el alcoholismo y que resultan útiles para el presente proyecto:

- Ø *Área Conductual:* Es un área central. No en vano, constituye el área a controlar porque es ahí donde se da la práctica adictiva. Además, la conducta es la que nos permite responder a los estímulos del ambiente e incluso llegar a modificarlo. Nos mantiene en contacto con nuestro entorno y es observable de forma directa.
- Ø *Área Motivacional:* El área motivacional constituye la meta, objetivo o finalidad de nuestras actuaciones y comprende aquellos aspectos éticos relacionados con el estilo de vida y la escala de valores de cada persona. El área motivacional reúne las fuerzas o motivos que nos impelen a actuar. En la

mayoría de los casos, no suele haber una conciencia clara del problema con el alcohol. O bien esta conciencia está difuminada, o es ambivalente. Los nuevos ingresos suelen venir presionados por las circunstancias externas.

- Ø *Área Emocional:* En este sistema psicoterapéutico, el trabajo emocional es esencial. La inmadurez emocional, ligada a vivencias traumáticas en la relación familiar, convierte a los adictos en personas sumamente inmaduras en aspectos emocionales. Son personas acosadas por fuertes sentimientos de soledad e inferioridad, a los cuales nunca llegan a enfrentarse. Estos sentimientos se instauran dentro de la dinámica afectiva y no son objeto de una forma adecuada de reacción ante los estímulos ambientales.
- Ø *Área Cognitiva:* El trabajo cognitivo está relacionado con la percepción del control del individuo sobre sus propias ideas irracionales y sobre la atribución causal que da sentido a su propia existencia. El adicto piensa que está controlado por fuerzas externas, determinadas por instancias que él no puede controlar. El trabajo, consiste en tomar estas atribuciones hacia factores internos. El usuario recupera su libertad de actuación y emprende su nueva vida mediante la recuperación de la creencia en el control sobre sus propias vicisitudes. El proceso de atribución causal es un componente cognitivo muy relacionado con la salud mental.
- Ø *Área Social:* Los tratamientos que no contemplan el área social, están abocados a convertirse en microsociedades. La intervención terapéutica contempla además objetivos más amplios. Éstos se dirigen a la transformación social a través del cambio individual y familiar y del entorno social y no sólo la reincorporación del adicto.
- Ø *Área Familiar Sistémico:* En el tratamiento de los procesos adictivos, como en otros trastornos, el papel de la familia juega un papel importante. La génesis de la adicción está fundamentalmente relacionada con procesos vividos dentro del núcleo familiar o en relación a éste. La familia es un puente entre el individuo y la sociedad, un entorno de aprendizaje de vital importancia. Por ello, la función de la familia en los procesos de aprendizaje y de maduración es incuestionable.

Proyecto Dirigido a los Jóvenes de la UDA

- Ø *Área del Autoestima:* Donde el objetivo es conseguir mejoras personales que le acerquen a la autoafirmación y a la mejora del autoconcepto y la estima hacia sí mismo.
- Ø *Área Sexualidad:* Se buscará reflexionar sobre como integra la misma dentro de la afectividad.
- Ø *Área Medica:* Preocupación y responsabilidad sobre conductas saludables
- Ø *Área Económica:* Fomentar un uso responsable de los recursos económicos propios.

Jamieson y Caputo (2005), citan algunas características de este nivel, las cuales han sido modificadas por las autoras para el presente proyecto:

- Ø **Objetivo:** Formulación de objetivos y técnicas sintomáticas, de modo que se abarquen factores de riesgo. Crear oportunidades para la toma de decisiones saludables, motivar el cambio positivo enseñar habilidades cognitivas y comportamentales.
- Ø **Actividades:** Dentro de este espacio de atención se podrían realizar algunas de las siguientes actividades, tratando de abarcar con todas las áreas descritas con anterioridad:
 - o *Entrevista psicológica:* Que servirá durante los contactos iniciales como una forma de establecer rapport y así, ir fortaleciendo la relación entre paciente-psicólogo y al mismo tiempo como una herramienta que brinda información elemental.
 - o *Fichas Psicológicas:* Donde se recopilarán los datos significativos de la vida del estudiante que ayudarán a entender la problemática relacionada con el consumo de alcohol.
 - o *Psicoterapia Individual:* La misma que tendrá diferentes direcciones dependiendo de la inclinación que el psicólogo tenga hacia las distintas corrientes psicológicas y al mismo tiempo de las necesidades que el estudiante tenga con respecto a su problemática actual. La meta final sería trabajar sobre todo aquello que generó problemas relacionados con el

consumo de bebidas alcohólicas; de modo que se logre un mejor estilo de vida. Es así que se podrán utilizar técnicas ya sea cognitivas-conductuales, existenciales o sistémicas según el caso y el criterio profesional.

- o *Técnicas psicoterapéuticas*: El tipo de técnicas que se realice, dentro de las terapias dependerán del criterio y de la inclinación que cada psicólogo tenga con respecto a este tema. No obstante pensamos que se debería dar importancia a aquellas que tienen un corte cognitivo-conductual pues han sido descritas como las de mayor eficacia en lo referente a problemas de adicciones. En el capítulo anterior hemos descrito algunas de estas técnicas que podrían ser de gran utilidad.
- o *Psicoterapia Familiar*: En el caso de que el paciente y la familia estén prestos a trabajar en conjunto, se pueden plantear una o varias sesiones de este tipo de terapia. Donde se evaluará el papel que tiene el alcohol dentro de la familia y se plantearán posibles soluciones para evitar que este problema se agrave.
- o *Psicoterapia Grupal*: Donde con la ayuda y colaboración de una persona vivencial ya sea que pertenezca o no al campo universitario, se reunirá a un número establecido de estudiantes que estén dispuestos a compartir sus experiencias y aprender de las vivencias de los demás.

Ø **Alcance:** Estudiantes con consumo de Riesgo

Ø **Resultados:**

- o Reforzamiento en el apoyo familiar y involucrimiento de la juventud en actividades alternativas (en momentos de ocio)
- o Aumento en el conocimiento y conciencia en el uso y abuso de drogas y sus consecuencias.
- o Capacidad reforzada para tomar decisiones informadas y saludables
- o Retardo en la edad de inicio de consumo

- o Provee una base de conocimiento, habilidad y cambio potencial en el comportamiento que contribuye a resultados intermedios y a largo plazo.

3.1.3. TERCER NIVEL: PREVENCIÓN INDICADA

Para la CICAD (2005). Las intervenciones indicadas se orientan a jóvenes que ya muestran signos de consumo peligroso y están destinadas a prevenir el inicio del abuso sistemático o intenso de sustancias. Las actividades de prevención indicadas probablemente sean la forma más intensiva de intervención y pueden también vincularse a apoyos terapéuticos que podrían retrasar el comienzo del consumo sistemático o intenso, o evitar la dependencia.

Citamos a continuación las características de este nivel planteadas por Jamieson y Caputo (2005):

- Ø **Objetivo:** Eliminar o Disminuir síntomas específicos. Motivación de cambios positivos y enseñanza de habilidades cognitivas-comportamentales para influenciar el pensamiento y el comportamiento.
- Ø **Actividades:** Al tratarse de estudiantes con consumo peligroso las intervenciones terapéuticas deben ser más de mayor intensidad y duración. Se dispondrá de dos tipos de intervenciones que se aplicarán dependiendo de la gravedad del problema. Por un lado la terapia ambulatoria que se realizará en horarios establecidos dentro del campo universitario, y se trabajará a más de lo expuesto en el nivel anterior con:
 - o Intervenciones motivacionales, una vez por semana dependiendo de cada caso; realizadas por profesionales expertos.
 - o Apoyo familiar incluyendo terapia y enseñanza de habilidades.
 - o Actividades alternativas (en ratos de ocio).

Y por otro lado la hospitalización, para lo cual se establecerá redes de apoyo con centros especializados con el fin de realizar remisiones para aquellos casos graves de dependencia.

Proyecto Dirigido a los Jóvenes de la UDA

Ø **Alcance:** Estudiantes con consumo peligroso y dependencia.

Ø **Resultados:**

- o Capacidad reformada de tomar decisiones informadas y saludables.
- o Aumento en el conocimiento de alternativas saludables.
- o Retardo/prevenición en la edad de inicio del consumo regular.
- o Provee una base de conocimiento, habilidad y cambio potencial en el comportamiento que contribuye a resultados intermedios y a largo plazo.

Conclusión

A través del cumplimiento del proyecto “UDA: ESTUDIO Y DIVERSIÓN SIN ABUSO DE ALCOHOL”, se pretende dar una atención en distintas áreas para el problema del alcoholismo. De este modo, hemos propuesto tres metas de prevención a trabajarse: Universales, Específicas e Indicadas. Por medio de estos pretendemos dar una atención temprana a un problema que acrece socialmente, cada vez con más fuerza.

Específicamente el diagnóstico nos permitirá evaluar qué tanto ha incidido este problema social en las aulas universitarias. Por otro lado se proponen distintos modos de trabajo en pro del bienestar del estudiante y que va de la mano con el prestigio que ha cultivado la Universidad durante sus años de existencia.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS “CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UDA”

Introducción

Partiendo del proyecto propuesto y cumpliendo con el objetivo general hemos visto necesario iniciar con la identificación de la población con un consumo de riesgo o peligroso, en los estudiantes de la Universidad del Azuay. Los resultados obtenidos reflejan un alto nivel de consumo y pese a no existir notables diferencias en cuanto a las variables señaladas, constituyen un hecho alarmante.

4.1 METODOLOGÍA

Esta investigación tiene un cohorte transversal descriptivo. Para el análisis de los datos se utilizó estadística analítica descriptiva.

4.1.1. Población y Muestra

El universo está constituido por todos los alumnos matriculados en la Universidad en el ciclo correspondiente a Enero-Julio del 2008. La muestra estuvo constituida por 853 alumnos de los cuales 33 (equivalentes al 4%) presentan un posible trastorno por dependencia. De los 820 casos restantes tenemos que el 54% tiene un consumo normal, un 16% un consumo peligroso y un 30% un consumo en riesgo.

Se realizó un muestreo estratificado considerando las facultades y en base a los siguientes valores: 95% de nivel de confianza y 0.03 % de error máximo aceptable.

o Facultad de Administración de Empresas:	289	33.8%
o Facultad de Filosofía	210	24.6%
o Facultad de Ciencia y Tecnología	158	18.5%
o Facultad de Diseño	85	10%
o Facultad de Ciencias Jurídicas	73	8.5%
o Facultad de Medicina	38	4.5%

4.1.2. Materiales

Específicamente en este proyecto se utilizarán instrumentos diagnósticos cuantitativos con el fin de lograr una visión más general y compleja del nivel de consumo de los estudiantes. Para ello se recurrirá a dos reactivos ampliamente utilizados que cumplen con todos los criterios de validación requeridos en este estudio.

TEST AUDIT

Barbor y colaboradores (1992) explican cómo utilizar el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede proporcionar un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Bobes y colaboradores (2004), concuerdan con Serecigni et al. (2007) al describir algunas de las características básicas de este instrumento:

- **Evalúa:** problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol.
- **Nº de ítems:** Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 son síntomas de dependencia del alcohol, de la 7 a la 8 consecuencias adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año. Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango de la puntuación global va de 0 a 40. (Gráfico 5)
- **Administración:** Autoaplicada
- **Descripción:** El AUDIT explora el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. Cada ítem cuenta con criterios especificados

para asignar las puntuaciones correspondientes. Se trata de un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo de riesgo de alcohol

Por otro lado Barbor y colaboradores (1992) señalan algunas de las ventajas que tienen el Audit:

- Corto, fácil de utilizar y flexible, proporcionando a la vez información útil para dar feedback a los pacientes.
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de consumo y dependencia de alcohol.
- Centrado en el consumo reciente de alcohol.
- Validado en muchos países y disponible en muchos idiomas.

Gráfico N° 7

TEST DE AUDIT

Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
– Nunca	– Nunca
– Una o menos veces al mes	– Menos de una vez al mes
– 2 a 4 veces al mes	– Mensualmente
– 2 ó 3 veces a la semana	– Semanalmente
– 4 ó más veces a la semana	– A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
– 1 ó 2	– Nunca
– 3 ó 4	– Menos de una vez al mes
– 5 ó 6	– Mensualmente
– 7 a 9	– Semanalmente
– 10 ó más	– A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
– Nunca	– Nunca
– Menos de una vez al mes	– Menos de una vez al mes
– Mensualmente	– Mensualmente
– Semanalmente	– Semanalmente
– A diario o casi a diario	– A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
– Nunca	– No
– Menos de una vez al mes	– Sí, pero no en el curso del último año
– Mensualmente	– Sí, en el último año
– Semanalmente	
– A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
– Nunca	– No
– Menos de una vez al mes	– Sí, pero no en el curso del último año
– Mensualmente	– Sí, en el último año
– Semanalmente	
– A diario o casi a diario	

Fuente: Rivera et al. (2003)

Asociación Española de Centros de Reconocimiento de Conductores (CRC) en el año 2007, señala que el Cage debe su nombre a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Este debe considerarse como un test de detección de problemas graves relacionados con el consumo alcohólico y no posee una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo. A pesar de existir medidas con mejores índices de sensibilidad y especificidad, su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre el 79 y 100% en función al punto de cohorte que se esté valorando.

Bobes y colaboradores (2004) citan algunas características de este instrumento:

- **Autor:** J.A. Ewing
- **Evalúa:** problemas graves relacionados con el alcohol.
- **Nº de ítems:** 4
- **Administración:** Colectiva o Individual
- **Descripción:** El CAGE consta de solo cuatro ítems; 3 de ellos exploran el aspecto subjetivo de la persona en relación con el consumo de alcohol y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Los cuatro ítems son de respuesta dicotómica (SI/NO). (Gráfico 6)
- **Corrección:** Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los cuatro ítems.

GRÁFICO N° 8		
TEST DE CAGE		
	SI	NO
¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?		
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

Fuente: Rivera et al, 2003

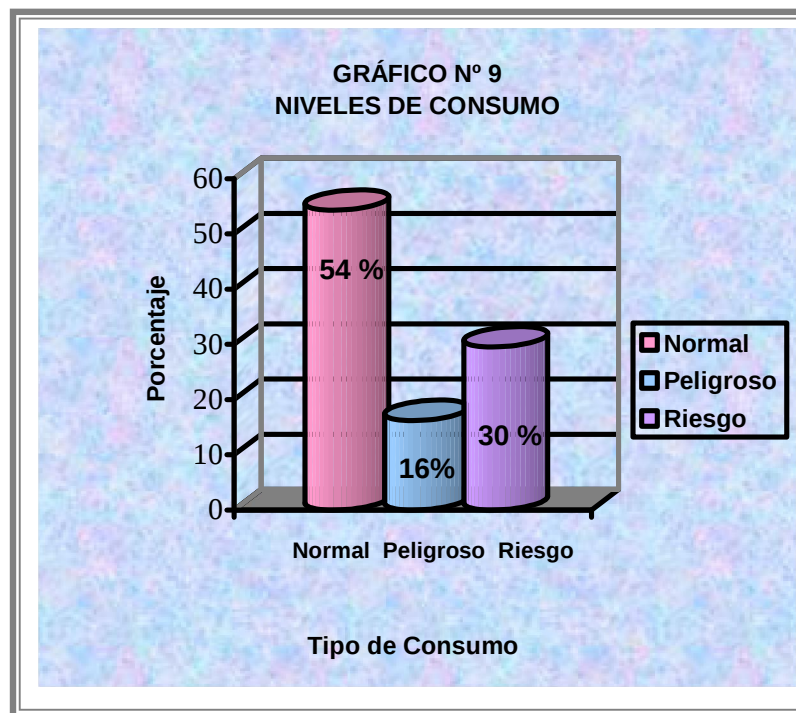
Creemos necesario enfatizar, que utilizaremos estos dos instrumentos, debido a que el objetivo de esta primera parte del proyecto, es evaluar el nivel del consumo de alcohol en los estudiantes. Para ello, vemos ineludible considerar uno de los criterios de exclusión, recomendados por conocedores del AUDIT, que es haber sido previamente diagnosticado con un síndrome de dependencia alcohólica. (Guillamón et al., 1999). Entonces, basándonos en el hecho de que el AUDIT evalúa el nivel de consumo y el CAGE la dependencia alcohólica, realizaremos un método de filtrado, de modo que en aquellos que puntúen alto en este último se invalidará automáticamente el AUDIT, con el fin de cumplir tanto con el primer objetivo planteado, el criterio de exclusión, y de sobre manera conseguir mayor exactitud en los datos obtenidos.

4.2. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Debemos recalcar que de la muestra inicial establecida de 853 alumnos, hemos podido recoger 820, ya que cumpliendo con el criterio de exclusión antes mencionado la diferencia de 33 encuestas con una alta puntuación en el test de CAGE han sido eliminadas, pues implican un posible trastorno por dependencia

ANÁLISIS SEGÚN LA VARIABLE TIPO DE CONSUMO

TABLA N° 10 Niveles de Consumo		
Tipo de Consumo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	445	54 %
Peligroso	133	16 %
Riesgo	242	30 %
Total	820	100,0

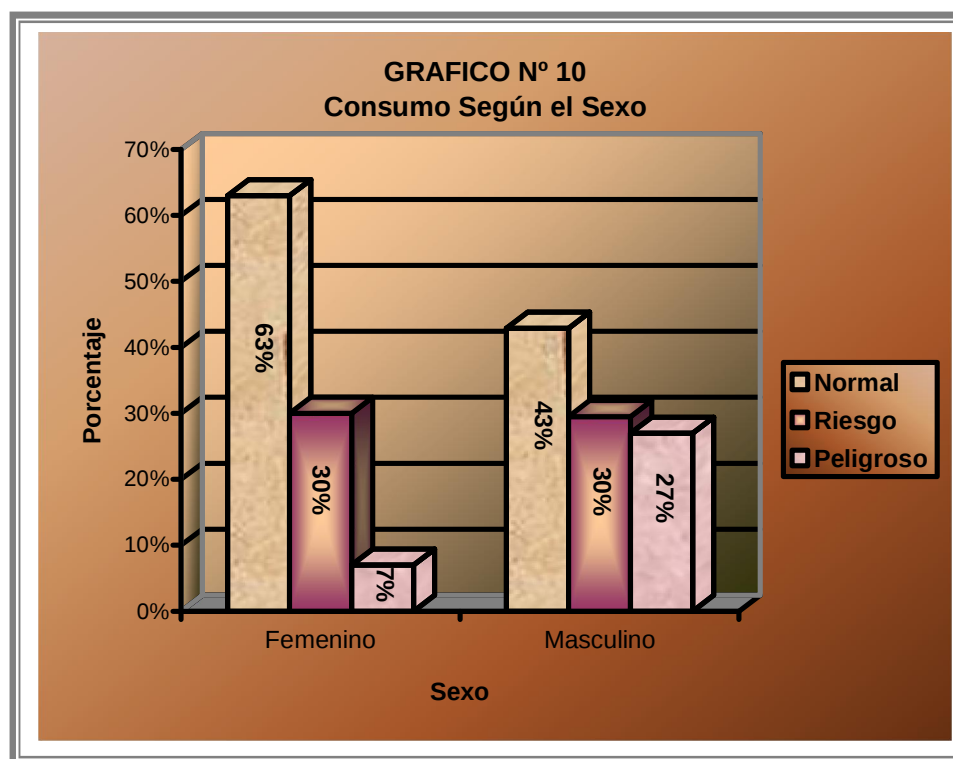


La hipótesis que planteamos al principio se comprueba, ya que a pesar de que el consumo normal tiene el mayor porcentaje; el consumo de riesgo no deja de ser alarmante al igual que el peligroso.

ANÁLISIS SEGÚN LA VARIABLE SEXO

TABLA N° 11
Tabla de contingencia del Consumo según el Sexo

Tipo de Consumo		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Normal	Recuento	288	157	445
	% de Sexo	63%	43%	54,3%
Peligroso	Recuento	32	101	133
	% de Sexo	7%	27%	16,2%
Riesgo	Recuento	134	108	242
	% de Sexo	30%	30%	29,5%
Total	Recuento	454	366	820
	% de Sexo	100%	100,0%	100,0%



Como expusimos en los capítulos anteriores, en el sexo masculino recae el mayor porcentaje en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas y este hecho se demuestra con el 27 % de consumo peligroso que se obtuvo en esta primera etapa de diagnóstico; en comparación con el 7% obtenido por la mujeres. No obstante el consumo en las mujeres tiene un considerable aumento, al tal punto que ambos sexos obtuvieron un porcentaje equivalente en el consumo de riesgo. Según la razón estadística obtenida, existen 2 mujeres con un consumo normal por cada hombre; del mismo modo 3 hombres con un consumo peligroso por cada mujer. Y en cuanto al consumo en riesgo la relación es equitativa, es decir uno a uno. El análisis correlacional presenta un valor $p=0.00$ equivalente a una correlación positiva.

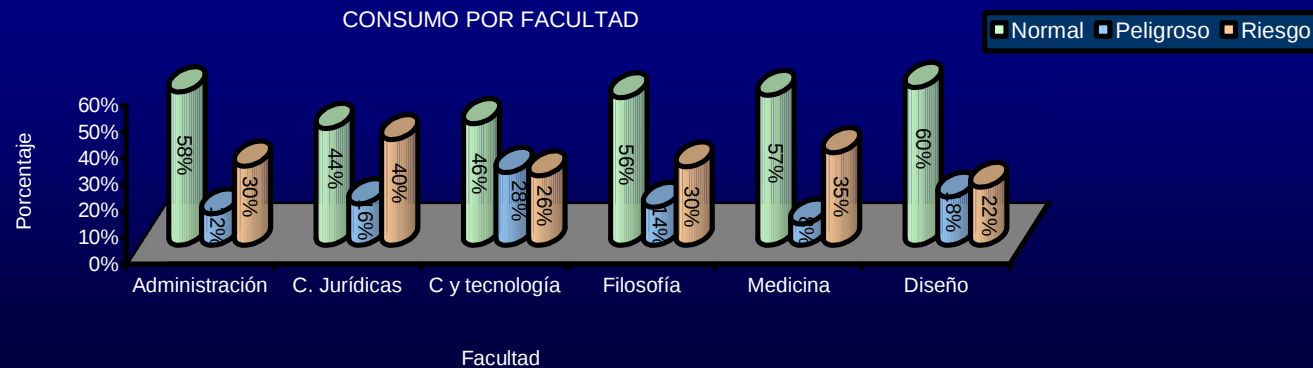
ANALISIS SEGÚN LA VARIABLE FACULTAD

La siguiente gráfica sitúa a la facultad de Ciencia y tecnología como aquella que encabeza el grupo donde predomina un consumo peligroso con un 28 % seguida por la facultad de Diseño con un 18 %. Sin ser menos preocupante las facultades de Ciencias Jurídicas y Medicina alcanzan altos niveles de un consumo en riesgo con un 40% y 35 % respectivamente. El análisis correlacional presenta un valor $p=0.02$ equivalente a una correlación positiva.

TABLA N° 12
Tabla de contingencia del Consumo según la Facultad

Tipo de Consumo		Facultad						Total
		Administración	C. Jurídicas	Ciencia y Tecnología	Diseño	Filosofía	Medicina	
Normal	Recuento	161	31	70	49	113	21	445
	% de Facultad	58%	44%	46%	60%	56%	57%	54%
Peligroso	Recuento	33	11	42	15	29	3	133
	% de Facultad	12%	16%	28%	18%	14%	8%	16%
Riesgo	Recuento	83	28	40	18	60	13	242
	% de Facultad	30%	40%	26%	22%	30%	35%	30%
Total	Recuento	277	70	152	82	202	37	820
	% de Facultad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

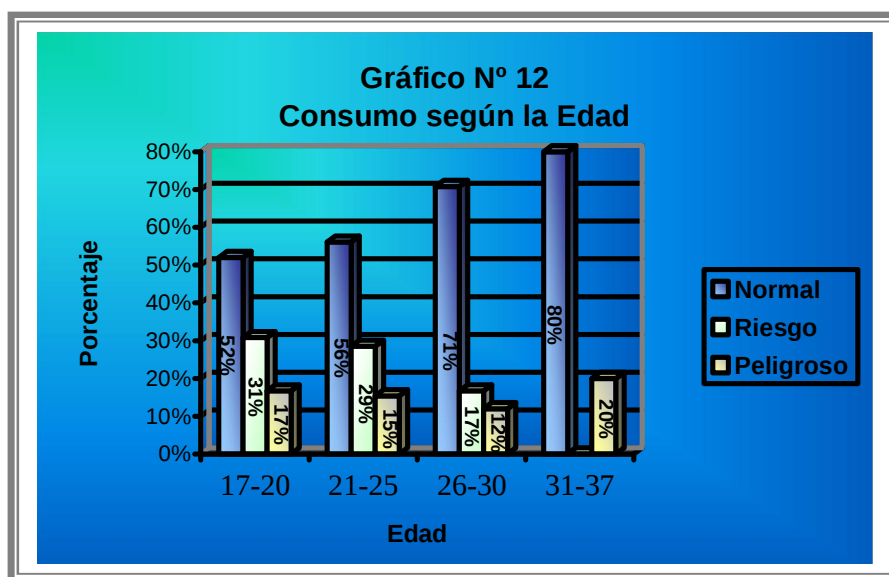
GRÁFICO N° 11
CONSUMO POR FACULTAD



ANALISIS SEGÚN LA VARIABLE EDAD

TABLA N° 13
Tabla de contingencia del Consumo según la Edad

Tipo de Consumo		Edad				Total
		17-20	21-25	26-30	31-37	
Normal	Recuento	286	138	17	4	445
	% de Edad	52%	56%	71%	80 %	54 %
Peligroso	Recuento	91	38	3	1	133
	% de Edad	17%	15%	12%	20 %	16 %
Riesgo	Recuento	168	70	4	0	242
	% de Edad	31%	29%	17%	0%	30%
Total	Recuento	545	246	24	5	820
	% de Edad	100%	100%	100%	100%	100%



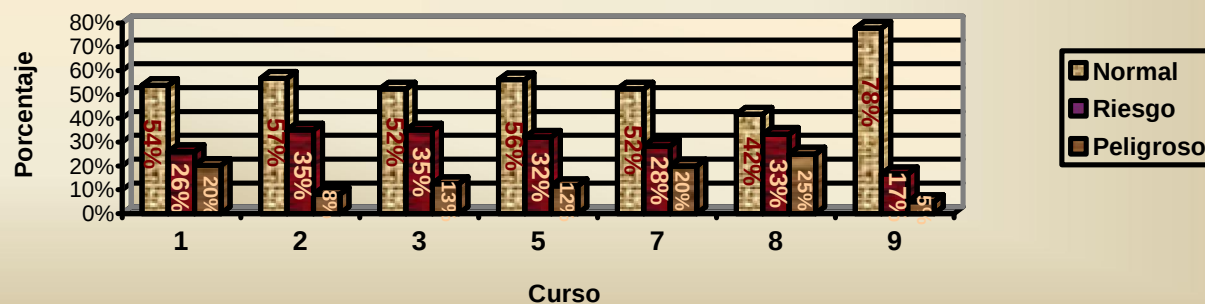
Se hace evidente que el grupo más vulnerable a presentar problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas lo conforman las personas con edades comprendidas entre 31-37 años quienes presentan un mayor porcentaje de consumo peligroso. No obstante cabe señalar que los jóvenes de entre 17-20 puntúan alto en el consumo de riesgo y su consumo peligroso también representa una cifra elevada.

ANALISIS SEGÚN LA VARIABLE CURSO

TABLA N° 14
Tabla de contingencia del Consumo según el Curso

Tipo de Consumo		Curso							Total
		1	2	3	5	7	8	9	
Normal	Recuento	178	21	79	91	57	5	14	445
	% de Curso	54%	57%	52%	56%	52%	42%	78%	54%
Peligroso	Recuento	67	3	19	19	21	3	1	133
	% de Curso	20%	8%	13%	12%	20%	25%	5%	16%
Riesgo	Recuento	86	13	53	52	31	4	3	242
	% de Curso	26%	35%	35%	32%	28%	33%	17%	30%
Total	Recuento	331	37	151	162	109	12	18	820
	% de Curso	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

GRÁFICO N° 13
CONSUMO SEGÚN EL CURSO



El gráfico evidencia que el consumo peligroso se sitúa en mayor proporción en los 8 ciclos con un 25%, y el consumo en riesgo en los segundos y terceros ciclos con un 35%, lo que nos permite concluir que el consumo de alcohol se va agudizando con el paso de los años.

Conclusión

En el apartado anterior hemos visto que si bien la mitad de la población universitaria presenta un consumo normal, la parte restante, igualmente significativa, presenta tipos de consumo que son alarmantes.

Pese a ello, resulta una ventaja que de este último grupo el mayor porcentaje lo conformen jóvenes con un consumo en riesgo, esto quiere decir que es posible que se logre aplicar métodos preventivos y con ello evitar que este ascienda a un consumo peligroso.

En cuanto a las variables propuestas, los resultados son similares a las hipótesis teóricas expuestas en capítulos anteriores, es decir que los factores con mayor vulnerabilidad lo conformaron: el sexo masculino y las edades comprendidas entre los 17 y 20 años. Con lo que respecta a las facultades afirmamos que existen otro tipo de agentes influyentes que deberían ser estudiados con mayor profundidad como por ejemplo el horario de asistencia que según nuestra percepción juega un papel importante. Finalmente hemos podido darnos cuenta que el consumo de alcohol en riesgo es más frecuente en los primeros años de la Universidad, y al llegar a los últimos ciclos predomina un consumo peligroso lo que nos lleva a afirmar que el problema del consumo de alcohol se agudiza con el transcurrir del tiempo, por ello la necesidad de trabajar en pro de los estudiantes y en contra de la amenaza que significa el alcohol.

CONCLUSIONES

- Ø El alcoholismo conceptualizado como un trastorno, va más allá de los parámetros de cantidad o frecuencia de consumo, su esencia radica en las consecuencias que dicho consumo genera; los mismos que van desde el daño orgánico, un desajuste emocional, desintegraciones familiares hasta la exclusión social.
- Ø Los tres conceptos claves para entender el tema del alcoholismo son: el consumo, entendido como la simple ingesta de alcohol; el abuso que excede los límites de consumo normal establecidos socialmente y que ya produce efectos negativos y finalmente, la dependencia comprendida como la necesidad incontrolada de beber acompañada de estados de abstinencia y tolerancia.
- Ø Partiendo de las distintas etiologías han surgido varias teorías válidas, como las biológicas, sociales, psicológicas, etc., que intentan explicar el porque del origen de este trastorno, y aunque la mayoría de ellas han logrado gran aceptación ninguna de ellas por sí sola puede ser utilizada en todos los casos.
- Ø Los rasgos de personalidad dependiente y antisocial son aquellos que están en mayor relación con el alcoholismo, no obstante su presencia no es un factor seguro para que dicho trastorno aflore.
- Ø Pese a no existir un solo tipo de tratamiento que haya logrado una total eficacia, se han logrado proponer distintas clases de intervención que arrojan buenos resultados. Las terapias de grupo son aquellas que han alcanzado mayor eficacia y por lo tanto son las más utilizadas en el tratamiento contra el alcoholismo. Pese a ello, afirmamos que la manera más adecuada de tratar problemas de alcoholismo es logrando una integración oportuna de las terapias propuestas y que vayan en relación a las necesidades de cada paciente.
- Ø Los resultados en la UDA arrojaron que un 54% de los estudiantes presentan un consumo normal de bebidas alcohólicas lo que quiere decir; que es ocasional, de bajo riesgo, y que no genera daños. Un 30% obtuvo un puntaje equivalente a un consumo en Riesgo, que incluye a aquellos jóvenes cuya manera de beber supera su uso habitual y pese a que las actividades cotidianas pueden continuar con normalidad, ya empiezan a aflorar problemas en relación con la bebida.

Finalmente el 16% de jóvenes presentan un consumo peligroso lo que estaría vinculado con problemas físicos, psicológicos y sociales como resultado de dicho consumo, a más de síntomas de abstinencia y extrema tolerancia.

- Ø La práctica corrobora la teoría cuando se obtiene un mayor porcentaje en consumo peligroso en el sexo masculino con un 27%, no obstante cabe señalar que la ingesta de alcohol en las mujeres va en aumento lo que se evidencia cuando el consumo en riesgo es equitativo para ambos sexos.
- Ø Con el fin de plantear un trabajo preventivo oportuno y eficaz, se identificó las facultades con mayor porcentaje en consumo, destacando Ciencia y Tecnología con un 28%, seguida por Diseño con un 18%; sin dejar a un lado Medicina y Ciencias Jurídicas que también obtuvieron puntajes elevados.
- Ø El consumo de alcohol se intensifica con el paso del tiempo, es así que pese a que los jóvenes de 17-20 años muestran un consumo de riesgo elevado, este llega a convertirse en peligroso en edades de entre 31 a 37 años. Lo que de una u otra manera también se relaciona con el consumo de bebidas alcohólicas según los cursos donde los segundos y terceros ciclos encabezan el grupo con un consumo en riesgo con un 35%, llegando a agudizarse en los octavos ciclos.
- Ø Partiendo de las conclusiones anteriores podemos afirmar que el campo universitario, pese a no ser el único factor desencadenante del abuso de bebidas alcohólicas, es influyente en cuanto a su aparición y fomento, por lo tanto es imprescindible crear medidas preventivas que promuevan el uso adecuado de alcohol conjuntamente con normas de valores éticos que le permitan al joven tener un poder de decisión y afrontamiento frente a una sociedad consumista.
- Ø Para ello se plantea un proyecto en base a tres modos de prevención: Universal, Específica e Indicada, de acuerdo a los tipos de consumo obtenidos en el presente trabajo y donde se proponen distintos modos de intervención. Los resultados obtenidos son la iniciativa para proponer un trabajo preventivo universal y específico en los primeros ciclos donde predomina un consumo en riesgo mientras que prevenciones indicadas en los últimos ciclos donde los problemas relacionados con el alcohol se agudizan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, E. (1985). *Aspectos psicológicos del alcoholismo*. En: Pacurucu, S., Vintimilla, F. *III Congreso Iberoamericano sobre Alcohol y Alcoholismo-II Curso Internacional sobre Alcoholismo, Memorias*. (pp. 193-195.). Ecuador: Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cuenca.
- Aramendi, P. (2005). La Inserción Laboral de Las Personas con Problemas de Drogas. En: *IV Congreso de formación para el trabajo*. Citado en: 19 de marzo del 2009. Disponible en la World Wide Web en: www.tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/aramendi.pdf
- Asociación Española de Centros de Reconocimiento de Conductores. (2007). “Cuestionario Cage”. Citado el: 19 de noviembre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.centros-psicotecnicos.es/consumo-de-sustancias/cuestionario-cage/gmx-niv58-con152.htm
- Barbor, T., Hinggin, J., Saunders, J., Monteiro, M. (1992). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol*. 2^{da} edición. Valencia: Organización Mundial de la Salud, Generalitat Valenciana.
- Barbor, T., Hinggin, J., Saunders, J., Monteiro, M. (1992). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol*. 2^{da} edición. Valencia: Organización Mundial de la Salud, Generalitat Valenciana.
- Barraza, M. A. (Marzo, 2005). *Características Del Estrés Académico De Los Alumnos De Educación Media Superior*. Citado El: 18 De Julio Del 2008. (pp. 3-4). Disponible En La World Wide Web: www.psicologiacientifica.com.
- Bastida, N. (2002). *Problemas laborales asociados al consumo de Alcohol*. En: Gual, A. *Monografía Alcohol. Adicciones*. Vol. 14, Suple 1. (pp. 239-249). Valencia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Referencias Bibliográficas

- Berjano, E., Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Bousoño, M. (2004). “Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica” Tercera Edición. Buenos Aires: Editorial Ars Medica.
- Brinkmann, H. (1997). *Técnicas De Evaluación Psicológica*. Citado el: 19 de noviembre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.tc.umn.edu/~cana0021/13/t%E9cnicas%20de%20evaluaci%F3n%20psicol%F3gica.pdf
- Carrasco, G., Barriga, S., León, J.M. (2004). *Consumo De Alcohol Y Factores Relacionados Con El Contexto Escolar En Adolescentes*. Citado el: 10 de septiembre del 2008. Disponible en La World Wide Web: www.accessmylibrary.com/coms2/browse
- Carrobbles, J. (1997). *Técnicas cognitivas en el tratamiento de las drogodependencias*. En: *IV ENCUENTRO NACIONAL Y SU ENFOQUE COMUNITARIO*. Citado en: 2 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.dipucadiz.es/.../drogodependencia/.../Tecnicas_Cognitivas_en_elTratamiento_de_las_drogodependencia.
- Cervantes, Y. (2002) *Personalidad del alcohólico*. Revista Anudando. Año 3, Edición 17. Citado el: 14 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.alcoholinformate.gov.mx
- Chica J.A. (1983). *Anomalías de la personalidad del niño determinadas por el alcoholismo paterno*. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Vol. X.(p.285)
- Cobos, M. (2008). *Niveles de Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Cuenca*. Tesis de maestría no publicada. Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Colli, M., Prendes, M. (2004). *Terapia de grupo en el alcoholismo: un modelo ambulatorio para su abordaje*. Citado en: 2 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph021004.htm

Referencias Bibliográficas

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2005). *Situación del modelo lógico de evaluación de prevención del abuso de sustancias en los jóvenes*. Citado el: 9 de marzo del 2009. Disponible en: www.cicad.oas.org/es/default.asp
- Cuba, A. (Noviembre, 2002). *Inciden en Viveiro en los efectos psicológicos del alcoholismo*. Citado el: 8 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.lavozdegalicia.es/hemeroteca/2002/11/02/1304293.shtml.
- De La Cruz, R. C. (Junio, 2007) *Alcoholismo*. Citado el: 15 de agosto del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.monografias.com.
- Díaz, M. (1999). *Aplicación del enfoque Modular-Transformacional a un caso de toxicomanía*. Citado el: 6 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.psicoterapiapsicoanalitica.com/articulo_aplicacion_emt_caso.html - 43k
- Elisondo, J. (1988). *Manejo psicoterapéutico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol*. En: Velazco, R. *Alcoholismo Visión Integral*. (pp. 387-402.). México: Editorial Trillas.
- Elizondo J. (2005). *El ABC del Alcoholismo*. Citado el: 16 de diciembre del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.mty.itesm.mx/dae/cat/a_elabdelalcoholismo.pdf
- Farreras, Rozman. (2000). *Medicina Interna*. 14 ed. USA: Harcourt S.A.
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España. (1990). *XII Congreso Mundial de psiquiatría social*. Barcelona España: Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados en España.
- García, M. (2002). *Patología familiar y violencia doméstica*. En: Gual, A. *Monografía Alcohol. Adicciones*. Vol. 14, Suple 1. (pp. 221-238). Valencia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Garzoli, E. (Marzo, 2006). *La psicoterapia psicoanalítica*. Citado el: 8 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.depsicoterapias.com
- Gómez, C. (Diciembre, 2006). *Fases del alcoholismo*. Citado El: 31 de Agosto del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.enplenitud.com
- González de Rivera, J., Monterrey, A. (1994). *Aspectos Psicodinámicos De Las Conductas Adictivas*. Madrid: Editorial Colex

Referencias Bibliográficas

- Guillamón, M., Solé, A., Farran, J. (1999) “Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano”. En “Revista Electrónica Adicciones” Vol.11 (pp. 337/347). Disponible en la World Wide Web en: [www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars%5Bnume%5D=53 - 18k -](http://www.adicciones.es/revista_new.php?register_vars%5Bnume%5D=53-18k-)
- Gutiérrez, E., Lima, G., Vilas, L., Casanova, P., Feliciano, V. (Septiembre, 2004) *Alcoholismo Y Sociedad, Tendencias Actuales*. Revista Cubana De Medicina Militar. Volumen 33 N° 3. (para.6). Citado El 16 De Junio Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.bvs.sld.cu/Revistas/Mil/Vol33_3_04/Mil07304.Htm#Cargo.
- Heredia, A. (Septiembre, 2003). *Definiciones Médicas y Psicológicas* En *Alcoholofilia*. (sección 3, para. 3). Citado El: 18 De Agosto Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.alcoholofilia.org/index.html.
- Huaquín, V., Loaíza, R. (2004). “*Exigencias Académicas Y Estrés En Las Carreras De La Facultad De Medicina De La Universidad Austral De Chile*” Citado: 5 De Septiembre Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.scielo.cl
- Instituto Médico Schilkrut. (1999). *Alcoholismo en Adolescentes*. Citado el: 23 de marzo del 2009. Disponible en la World Wide Web en: www.institutoschilkrut.cl/alcoholismo/en_adolescentes.htm
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), “Datos estadísticos a nivel nacional y provincial del consumo de alcohol en el año 2006.”. Martes, 17 de junio del 2008.
- Jamieson, W., Caputo, T. (2005). *Modelo Lógico para los Programas de Prevención de Uso y Abuso de Drogas en los Estados Miembro de la OEA*. Citado el: 11 de marzo del 2009. Disponible en: [www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/RDrecursos/expertos/ExpertosVI I/WED/Jamieson-wed13_ESP.ppt](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/RDrecursos/expertos/ExpertosVI/I/WED/Jamieson-wed13_ESP.ppt)
- Kernberg, O. (2001). *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento controversias contemporáneas*. Revista de Psicoanálisis APdeBA. Vol. XXIII. N° 1. Disponible en la World Wide Web en: www.apdeba.org/publicaciones/2001/01/pdf/012001kernberg.pdf

Referencias Bibliográficas

- Kierkegaard, S. (1999). *El diario de un seductor*. (pp. 8-15). Citado: 6 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web: www.filodar.filipense.edu.co/biblioteca/articulosdeestudiantes/vaciosexistencias.doc.
- Kramer, J., Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. SUIZA: Organización Mundial de la Salud. (p. 103)
- Landa, N. (2004) *Psicopatología, trastornos de Personalidad y déficit Neuropsicológicos en el Alcoholismo*. Citado el: 13 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.proyctohombrenavarra.org/07documentacion/tesisnatalia.pdf.
- Ley 2000-16 (Registro Oficial 77, 15-V-2000). *Ley de Educación Superior*. Citado el: 9 de abril del 2009. Disponible en la World Wide Web en: www.uazuay.edu.ec
- López Vega, Daniel. (2005). *Tratamiento multidimensional (TM) de carácter ambulatorio para adicciones emergentes*. Citado el: 11 de marzo del 2009. Disponible en: [www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/Tratamiento multidimensional xTMx de carxcter ambulatorio para adicciones emergentes.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/Tratamiento_multidimensional_xTMx_de_carxcter_ambulatorio_para_adicciones_emergentes.pdf).
- Macías, R. (1988). *Alcoholismo y Terapia Familiar*. En: Velazco, R. *Alcoholismo Visión Integral*. (pp. 367-386). México: Editorial Trillas.
- Maldonado, M. (1999). *Pueblos Indígenas En El Ecuador y Consumo De Bebidas Alcohólicas: Cosmovisión, Conocimientos, Actitudes y Prácticas, causas Y Consecuencias*. Ecuador: Ministerio De Salud Publica Del Ecuador.
- Martínez, A. (Junio, 2008) *Alcoholismo, Hombre y Sociedad*. Citado El 16 De Junio Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.saludparalavida.sld.Cu/Modules.Php?Name=News&File=Article&Sid=122
- Martínez, J., Martín, A., Valero, M., Salguero, M. (2000). *Síndrome De Abstinencia* (pp.4) Citado el: 29 de agosto del 2008. Disponible En La World Wide Web:

www.medynet.mom/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/mono.pdf

- Menacho, L. (Diciembre, 2006). *Violencia y alcoholismo*. Citado el: 6 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web: www.gestiopolis1.com/recursos7/Docs/eco/violencia-y-alcoholismo.htm
- Moffatt; A. (2004). *Reflexiones sobre la terapia Existencial*. Citado el: 14 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.moffatt.com.ar/articulos/cap2/2_art_REFLEXIONESTERAPIAEXISTENCIAL.doc.
- Monasor, R., Jiménez, M., Paloma, T. (Enero, 2003). *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*. Revista Doyma Masson Medicom. Volumen 05. Número 1º. (pp. 22-26). Creado el: 1. Citado: 14 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=1304502
- Montalvo, R. (2006). *Las Adicciones Y Sustancias Psicoactivas, Su Vinculación Con Los Estudiantes Universitarios De Las Carreras De Trabajo Social Y Ciencia Política*. (pp. 10) Argentina: Universidad Nacional Entre Ríos.
- Montoro L. (1991). *Psicología Y Seguridad Vial: Alcohol Y Drogas*. Citado El: 15 De Agosto Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.msp.gov.ec
- Organización Mundial De La Salud. (1980) *Problemas Relacionados Con El Consumo De Alcohol*. Informes Técnicos. Citado El 15 De Agosto Del 2008 Disponible En La World Wide Web: www.oms.org.
- Pascual, F. (2002). *Imagen social de las bebidas alcohólicas*. En: Gual, A. *Monografía Alcohol. Adicciones*. Vol. 14, Suple 1. (pp. 115-122). Valencia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pascual, F. (2002). *Imagen social de las bebidas alcohólicas*. En: Gual, A. *Monografía Alcohol. Adicciones*. Vol. 14, Suple 1. (pp. 115-122). Valencia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Peñate, M. (Junio, 2001). *Alcoholismo*. Citado en: 1 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/drogod/index.html

- Pérez, C. (2004). *Farmacodependencia*. En: Toro, J., Yepes, L. *Fundamentos de la Medicina. Psiquiatría*. 4^{ta} edición. (Pag. 101-115). Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
- Pons, J., Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, Obra Social Caja Madrid.
- Pons, J., Buelga, S. (1994). *Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol*. En: Musitu, G., y Allat, P. *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Reconco, A. (1976). *El enfoque conductual del desarrollo y mantenimiento del alcoholismo*. Revista Médica Hondur. Vol. 44. Citado el: 20 de septiembre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1976/pdf/Vol44-3-1976-3.pdf.
- Rivera, A. (Febrero, 1984). *El Enfermo alcohólico: Consideraciones Etiológicas y terapéuticas*. Citado el: 22 de septiembre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1984/pdf/Vol52-2-1984-7.pdf
- Rivera, C., Rodríguez, J., Rosell, F. (2003). Alcoholismo. citado: 14 de noviembre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema5/alcoholismo.htm#5>.
- Rodríguez, I., Castillo, I., Torres, D., Jiménez, Y., Zurita, D. (2007). *Alcoholismo Y Adolescencia, Tendencias Actuales*. Revista Electrónica De Psiquiatría Y De Psicología Del Niño Y Del Adolescente. Citado el: 23 de marzo del 2009. Disponible en la World Wide Web en: www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/alcohol/33214/
- Rosales, R. (1998). *Alcohol y Efectos*. Citado el: 22 de agosto del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.daneprairie.com.
- Ruiz, L. (Noviembre, 2001). *Pautas para su utilización en Atención Primaria* Citado el: 17 de agosto del 2008. Disponible en la World Wide Web: www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm

- Ruiz, L. E. (Noviembre, 2001.) *Pautas Para Su Utilización En Atención Primaria*. Citado El: 17 De Agosto Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm.
- Salvo, N. (2006). *¿Qué son los grupos de autoayuda?* Citado el: 23 de marzo del 2009. Disponible en la World Wide Web: www.fund-thomson.com.ar/autoayuda/objetivos.html
- Secades, R., Fernández, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*. Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. Universidad de Oviedo. Vol. 23 Nº 3. (pp. 365-380). Citado el: 15 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.psicothema.com/pdf/460.pdf
- Sepúlveda, G. (2007). Grupos de Autoayuda: ¿cuál podría ser la contribución a la salud mental de la construcción de una red de grupos de autoayuda de pacientes y ex – pacientes, en el territorio del SSMS? ¿Cómo debería actuarse al respecto? Citado el: 23 de marzo del 2009. Disponible en la World Wide Web en: www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/visit.php?cid=35&lid=296.
- Serecigni, J., Jiménez, M., Pascual, P., Flores, G., Contel, M. (2007). “Alcoholismo: Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica Socidrogalcohol”. Segunda Edición. Disponible en la World Wide Web en: www.socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_alcoholismo_08.pdf
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2005). *Guía de Referencia Rápida para abordar el abuso del alcohol*. Barcelona: Editorial Portaferrisa. Caja Madrid
- Sue, D., Sue, A., Sue, S. (1996). *Comportamiento Anormal*. 4^{ta} edición. México: McGraw-Hill.
- Sue, D., Sue, A., Sue, S. (1996). *Comportamiento Anormal*. 4^{ta} edición. México: McGraw-Hill.
- Tapert, S. (2005). *Adolescentes: Efectos Sobre El Cerebro*. Citado El: 1 De Septiembre Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.pnsd.msc.es

Referencias Bibliográficas

- Tortoriello, J. (Enero, 2005) *El Alcoholismo, Una Herencia Peligrosa*. Citado El 5 De Septiembre Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.clarín.com
- Universidad del Azuay, (UDA). (junio del 2008). “Número de estudiantes inscritos en la Universidad del Azuay en el año lectivo 2007-2008 y sus correspondientes por facultad.”. Cuenca-Ecuador.
- Vázquez, R. (2005). *Adicciones y Logoterapia*. Citado el: 3 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.psicologiacristiana.com.
- Vega Fuente A. (1999). *La Publicidad del Alcohol: de la invisibilidad al análisis crítico*. Citado el: 29 de octubre del 2008. Disponible en: Disponible En La World Wide Web: www.web.udg.edu/tiec/orals/c32.pdf
- Vega, A. (1997). *El alcohol en los medios de comunicación: la presión para su consumo-abuso*. Citado el: 30 de octubre del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.comminit.com/en/node/195970 - 40k
- Vega, A. (Marzo, 2005) *La Drogadicción Y La Prevención*. Citado el: 3 de septiembre del 2008. . Disponible En La World Wide Web: www.monografias.com.
- Velasco, R. (1988). *El abuso del alcohol: sus causas*. En: Velazco, R. *Alcoholismo Visión Integral*. (pp. 17-37). México: Editorial Trillas.
- Velásquez, E. (2004). *Alcoholismo*. En: Toro, J., Yepes, L. *Fundamentos de la Medicina. Psiquiatría*. 4^{ta} edición. (Pag. 85-100). Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
- Velásquez, E. (2004). *Alcoholismo*. En: Toro, J., Yepes, L. *Fundamentos de la Medicina. Psiquiatría*. 4^{ta} edición. (Pag. 85-100). Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
- Vélez de León, L. (octubre, 2006). *Modelo de análisis existencial para el abordaje del alcoholismo en comunidades indígenas*. Citado el: 13 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.cdi.gob.mx/sicopi/alcoholismo/oct2006/7_modelo_abordaje_alcoholismo_laura_velez.pdf.
- Watchtower Society. (Octubre, 2005). *Los Excesos Con El Alcohol Y Su Efecto En La Salud*. Citado El: 3 De Septiembre Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.watchtower.org

Referencias Bibliográficas

- Watchtower Society. (Octubre, 2005). *Los Excesos Con El Alcohol Y Su Efecto En La Salud*. Citado El: 3 De Septiembre Del 2008. Disponible En La World Wide Web: www.watchtower.org
- Zabala, I. (2005) *Adicciones, esclavitud existencial*. Revista Istmo en Línea. Número 276. Citado el: 15 de octubre del 2008. Disponible en la World Wide Web en: www.istmoenlinea.com.mx/articulos/27608.

