



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

TEMA:

**ANÁLISIS DEL NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS
ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO “ GABRIEL ARSENIO
ULLAURI” DE LA PARROQUIA LLACAO, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE
LOS TEST AUDIT Y CAGE.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciatura en Psicología Clínica**

AUTORAS:

Adriana Acaro M.

Johanna Pacheco O.

DIRECTOR:

Dr. Patricio Cabrera

Cuenca – Ecuador

2012

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico en primera instancia a Dios quien me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, siendo esta ultima un pilar fundamental para concluir mi carrera. En especial a mis padres, quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento brindándome el apoyo y la confianza para poder cumplir mis objetivos como persona y profesional. A mis hermanos, que de una u otra forma han estado a mi lado, apoyándome en los momentos difíciles y que me han brindado su mano para salir adelante. Gracias a todos ellos, por creer en mi.

Adriana Acaro M.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres, a mi esposo y en especial a mi hija. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, y a mi esposo quien me ha brindado apoyo incondicional en todas las tareas que emprendo, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad y a mi hija porque es el motor que me ayuda a seguir adelante. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Johanna Pacheco O

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dándonos ánimo, acompañándonos en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Antes que a todos queremos agradecer a Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesitamos y bendecirnos con la posibilidad de caminar a su lado durante toda nuestra vida.

Queremos también expresar nuestro agradecimiento a la Universidad del Azuay, como entidad rectora de la educación superior, al Dr. Patricio Cabrera, quien como director ha brindado su apoyo a la elaboración y sugerencias a este trabajo de investigación, al cuerpo docente que desde el inicio de esta propuesta académica nos supieron guiar hasta la culminación de nuestra carrera.

Además queremos hacer extensivo nuestro agradecimiento al Área de Salud N°1 de Cuenca y al Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri” de la Parroquia Llacao, quienes nos dieron la apertura necesaria para poder realizar la aplicación de nuestra investigación, pues sin ellos no hubiésemos podido concluir este éxito.

No podemos dejar de agradecer a cada una de nuestras familias que de una y otra forma nos apoyaron en la realización de esta investigación para alcanzar un proyecto más en cada una de nuestras vidas.

Y a todas aquellas personas que colaboraron o participaron en este proyecto, hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento.

Adriana Acaro M.

Johanna Pacheco O.

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN EJECUTIVO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ABSTRACT	XII
INTRODUCCION	13
CAPITULO I.....	16
EL ALCOHOLISMO	16
1.1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.2. DEFINICIÓN	16
1.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO EN CUENCA.....	23
1.4. FACTORES DE RIESGO	27
1.4.1. Factores de Riesgo Personal.....	28
1.4.2. Factores de Riesgo Familiar	30
1.4.3. Factor de Riesgo Escolar	32
1.4.4. Factores de Riesgo – Grupos de pares.....	34
1.4.5. Factores de Riesgo en ámbito comunitario	34
1.4.6. Factores de Riesgo asociado al contexto social.....	37
1.5. FACTORES DE PROTECCIÓN.....	38
1.5.1. Factores de Protección individual	39
1.5.2. Factores de Protección familiar	40
1.5.3. Factor de Protección escolar.....	41
1.5.4. Factores de Protección-grupo de pares.....	41
1.5.5. Factores de Protección en el ámbito comunitario.....	41
1.5.6. Factores de Protección asociados al contexto social	42

1.6.	CRITERIOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL	43
1.7.	CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL.....	43
1.8.	CONCLUSIÓN	44
	CAPITULO II	45
	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO	45
2.1.	INTRODUCCIÓN	45
2.2.	TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO	46
2.2.1.	Teorías cognitivas.....	46
2.2.2.	Teorías Conductistas	54
2.2.3.	Teoría existencial	61
2.2.4.	Teorías Psiodinámicas	65
2.2.5.	Teoría Sistémica	72
2.3.	EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOL.....	75
2.4.	RASGOS DE PERSONALIDAD DE UN ALCOHÓLICO.....	79
2.5.	TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA EL ALCOHOLISMO: TRATAMIENTO.....	83
2.5.1.	Terapia cognitiva.....	89
2.5.2.	Terapia conductual	98
2.5.3.	Terapia Existencial	102
2.5.4.	Terapia Familiar.....	105
2.5.5.	Terapia de Grupo	107
2.5.6.	Grupo de Autoayuda.....	108
2.5.7.	Recursos terapéuticos auxiliares	109
2.6.	CONCLUSIÓN	113
	CAPITULO III.....	115

ANALISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS	115
3.1. INTRODUCCIÓN	115
3.2. METODOLOGÍA	115
3.2.1. Población y Muestra	115
3.2.2. Materiales	116
3.3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	119
3.4. CONCLUSION	147
CAPITULO IV	149
PLANIFICACIÓN DE UN PROYECTO DE PREVENCIÓN DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO “GABRIEL ARSENIO ULLAURI” DE LA PARROQUIA LLACAO.	149
4.1. INTRODUCCIÓN	149
4.2. NOMBRE DEL PROYECTO DE PREVENCIÓN	150
4.3. OBJETIVOS	150
4.3.1. Objetivo general	150
4.4. ETAPAS DEL PROYECTO	150
4.4.1. Primer Nivel de Prevención Universal	150
4.4.1.1. Plan de prevención	151
4.4.2. Segundo Nivel de Prevención Selectiva	156
4.4.2.1. Plan de prevención	156
4.4.3. Tercer Nivel de Prevención Indicada	166
4.4.3.1. Plan de prevención	167
4.5. CONCLUSIÓN	170
CONCLUSIONES	171
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

ANEXOS	180
ANEXO N° 1.....	180
ANEXO N° 2.....	182
ANEXO N° 3.....	185
ANEXO N° 4.....	1859

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Niveles de consumo según la Cantidad	18
Figura N° 2: Concentración de alcohol según el tipo de bebida	20
Figura N° 3: Mecanismo psicodinámico progresivo de Rivera.	72
Figura N° 4	120
Figura N° 5	121
Figura N° 6	123
Figura N° 7	125
Figura N° 8	126
Figura N° 9	128
Figura N° 10	130
Figura N° 11	132
Figura N° 12	133
Figura N° 13	134
Figura N° 14	136
Figura N° 15	138
Figura N° 16	139
Figura N° 17	141
Figura N° 18	142
Figura N° 19	144
Figura N° 20	146

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Porcentaje de alcohol por provincia	24
Tabla N° 2: Porcentaje de alcohol por edad a nivel nacional	25
Tabla N° 3: Porcentaje de alcohol por edad a nivel provincial.....	25
Tabla N° 4: Porcentaje de alcohol por sexo.....	26
Tabla N° 5: Porcentaje de alcohol por zona.....	26
Tabla N° 6: Ejemplo del análisis Ventajas y Desventajas	95
Tabla N° 7: Restructuración Cognitiva.....	97
Análisis según el cuestionario: AUDIT.....	119
Tabla N° 8: Niveles de consumo	119
Tabla N° 9: Niveles de consumo por sexo.....	121
Tabla N° 10: Niveles de consumo por edad.....	122
Tabla N° 11: Niveles de consumo por curso	124
Análisis según el cuestionario: CAGE	126
Tabla N° 12: Niveles de consumo	126
Tabla N° 13: Niveles de consumo por sexo.....	127
Tabla N° 14: Niveles de consumo por edad.....	129
Tabla N° 15: Niveles de consumo por curso	131
Análisis según la encuesta general	133
Tabla N° 16: ¿Alguno de tus padres consumen bebidas alcohólicas frecuentemente?	133
Tabla N° 17: ¿Alguno de tus padres o ambos son fumadores?.....	134

Tabla N° 18: ¿Tienes confianza con tus padres como para hablar de tus problemas, inquietudes, intimidades, etc.?.....	136
Tabla N° 19: ¿Tus padres se preocupan por conocer quiénes son tus amistades?..	137
Tabla N° 20: Usualmente cuales son los motivos de discusión de tus padres	139
Tabla N° 21: ¿Tienes amigos que fumen o ingieran bebidas alcohólicas?	140
Tabla N° 22: ¿Cual es la razón más frecuente por la que ingieres alcohol?	142
Tabla N° 23: La información que recibes acerca del alcohol proviene de:	143
Tabla N° 24: ¿Quién es la persona que te brinda apoyo incondicional?	145

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis consiste en el desarrollo de un plan de prevención para los estudiantes del Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri” de la Parroquia Llacao, luego de un estudio de investigación a través de la aplicación de los test AUDIT y CAGE. Donde se recopiló información a nivel primario, es decir directamente en el Colegio en estudio.

La investigación arroja resultados muy buenos, determinando en general que el 47% de los estudiantes no beben, un 28% de estudiantes que beben, sin embargo no tienen problema con el alcohol, un 22% que se les considera como bebedores de riesgo y un 3% que tienen dependencia alcohólica.

Por lo que para este trabajo de grado se estudiaron distintos tópicos según la importancia que se requería para solucionar la problemática presentada, es así que se desarrolló cuatro capítulos a lo largo del presente trabajo.

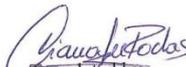
ABSTRACT

The present thesis is the development of a prevention plan for the students of *Colegio Nacional Técnico "Gabriel Arsenio Ullauri"* School. A research study through the application of the AUDIT and CAGE tests was performed, which helped to gather first level information, that is to say direct information from the School under study.

The investigation showed positive results and we were able to determine that 47% of the students did not drink, 28% of the students drank, however they did not have a problem with alcohol, 22% were considered high risk drinkers, and 3% were alcohol dependent.

This graduation project studied different topics according to their importance in the solution of this problem. For that reason, the present project was developed in four chapters.




Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCION

El alcohol representa la droga psicoactiva mas utilizada en todo el mundo. Actualmente su abuso ha adquirido proporciones masivas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y se encuentra asociado a toda una constelación de consecuencias adversas, de las cuales la enfermedad alcohólica constituye sólo una pequeña parte, aunque la más relevante desde el punto de vista clínico. El problema del alcoholismo se ha convertido, sin duda, en uno de los fenómenos sociales más generalizados de las últimas décadas, existiendo una amplia gama de problemas relacionados en los que el alcohol tiene directa o indirectamente un papel causal. Bajo el concepto de problemas relacionados con el alcohol se agrupan problemas médicos, tanto físicos como psicológicos; en las relaciones familiares, laborales y sociales; accidentes domésticos, laborales y de tránsito; conductas violentas y lesiones auto infligidas.

Por lo tanto, se vio necesario realizar una investigación de este tipo en los estudiantes del Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri” de la Parroquia Llacao, para determinar el nivel de consumo y el grado de dependencia alcohólica en los alumnos y poder tomar medidas correctivas y preventivas según el caso, desarrollando un plan de intervención en el que se especifiquen actividades tanto para los mismos estudiantes como para los padres de familia y así poder disminuir el consumo o prevenir el mismo.

Para desarrollar el plan de prevención, se realiza un estudio a los estudiantes a través de los cuestionarios CAGE y AUDIT para obtener información real de cómo se encuentran aquellos alumnos en lo relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas, y así con esos resultados poder tratarlos conforme la necesidad de cada uno. Para dicho plan se consideran las teorías psicológicas del alcoholismo, junto con los factores de riesgo y de protección y así poder desplegar diferentes actividades de intervención.

CAPITULO I

EL ALCOHOLISMO

1.1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol ya sea experimental, abusivo o nocivo, se ha incrementado durante los últimos años, los mismos 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.

1.2. DEFINICIÓN

Gutiérrez, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano (2004) hacen referencia 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, hay que tomar en consideración que la palabra alcohol no es equivalente a hablar de alcoholismo, por ello es 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 incluirán 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 U (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 una frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado.¹

- 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. (Figura N. 1)

Figura N° 1: Niveles de consumo según la Cantidad



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.

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).

- 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 la sustancia pasa a la vez a ser la motivación central de su vida. (Figura N. 2)

Figura N° 2: Concentración de alcohol según el tipo de bebida



Fuente: Ministerio de Justicia, Trabajo y Seguridad de la Provincia de Neuquén.

Con relación a lo antes expuesto, se puede inferir, que cuando el consumo llega a ser peligroso o dependiente ya las personas se encuentran 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 se citan algunos de estos conceptos y adicionalmente se exponen 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, pág. 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 y lo define 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)

Rigiéndose 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 se quiere 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.

En conclusión, se puede decir 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, por lo 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.

1.3. EPIDEMIOLOGÍA 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, se ha relacionado ese 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 (NEC).

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 se toma en cuenta que en el 2007 este consumo ascendió al 9% fácilmente se puede 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° 1: Porcentaje de alcohol por provincia

Tabla N° 1		
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, como se puede verificar en la siguiente tabla:

Tabla N° 2: Porcentaje de alcohol por edad a nivel nacional

Tabla N°: 2		
PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO A LA EDAD A NIVEL NACIONAL		
GRUPOS DE EDAD	POBLACION POR EDADES A NIVEL NACIONAL	PORCENTAJE
de 12a 19	97.912	7,91%
de 20 a 29	370.281	29,91%
de 30 a 39	303.935	24,55%
de40a49	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, se muestra el consumo por edad:

Tabla N° 3: Porcentaje de alcohol por edad a nivel provincial

Tabla N° 3		
PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO A LA EDAD A NIVEL PROVINCIAL		
GRUPOS DE EDAD	POBLACION 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 5 o y más	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 ha comprobado en nuestro medio:

Tabla N° 4: Porcentaje de alcohol por sexo

Tabla N°:4				
PORCENTAJES DE CONSUMO DE ALCOHOL DE ACUERDO AL SEXO, A NIVEL NACIONAL Y PROVINCIAL				
GRUPO POR SEXOS	POBLACION DE CONSUMO	PORCENTAJE POR SEXO	POBLACION DE CONSUMO	PORCENTAJE POR SEXO A
	A NIVEL NACIONAL		A NIVEL PROVINCIAL	NIVEL PROVINCIAL
MUJERES	221.418	18%	9.984	14%
HOMBRES	1.016.417	82%	60.923	86%

Fuente: INEC, 2006

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

Tabla N° 5: Porcentaje de alcohol por zona

Tabla N°: 5		
PORCENTAJE DE CONSUMO DE ACUERDO A LA ZONA HABITACIONAL		
GRUPO POR ZONAS	POBLACION DE CONSUMO A NIVEL PROVINCIAL	PORCENTAJE POR SEXO
URBANA	38.892	55%
RURAL	32.014	45%

Fuente: INEC, 2006

1.4. FACTORES DE RIESGO

El término riesgo implica la presencia de una característica o aspecto (uno o varios); que aumentan las probabilidades de consecuencias adversas. Por lo tanto, el riesgo constituye una medida de probabilidad, validada estadísticamente que en el futuro se produzca un acontecimiento, por lo general no deseado. La noción de riesgo está bastante difundida, sobre todo en lo que se refiere a seguridad personal; y en el contexto de la salud este término es alarmante, por el simple hecho de verse amenazado por un acontecimiento futuro, peor si se conoce la forma de evitarlos, esa amenaza tiende a ser mejor manejada por los actores sociales.

Asimismo, Rojas (1999) define el riesgo como la probabilidad de ocurrencia de algún hecho indeseable, los cuales no se encuentran aislados de contexto social, sino que, por el contrario, se interrelacionan en una compleja red de factores históricos, socioeconómicos, políticos, culturales, ambientales, familiares y personales. Sin embargo, los factores de riesgo son los elementos con una elevada probabilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable.

Entre los factores que se han detectado como de riesgo, debido a que pueden estar dificultando el desarrollo de estilos de vida saludables, se mencionan: falta de afecto, baja autoestima, falta de confianza de los padres, violencia familiar y otras formas de violencia, creencias equivocadas acerca de las drogas y de la sexualidad, inasistencia escolar, uso inadecuado del tiempo libre, falta de oportunidades y de recursos necesarios, así como medios de comunicación y publicidad que fomentan mensajes estereotipados y distorsionados.

1.4.1. Factores de Riesgo Personal

Hay ciertas características privativas de cada persona que, influidas por las condiciones del entorno en que vive, pueden causar que la probabilidad de consumir alcohol se transforme en una realidad.

- Edad: la pre adolescencia y la adolescencia son las edades más frecuentes en el inicio de los consumos de alcohol y otras drogas, pues de por sí el individuo sufre una serie de cambios físicos y emocionales que se caracterizan por la confusión y la angustia. Sin embargo, no solo esas edades pueden bajo diferencias circunstanciales, pensar en el alcohol como forma de ayudarse a superar momentos de estrés, soledad, tristeza, angustia, dolor, etc. Los medicamentos entrañan también otro peligro como los nombrados, especialmente entre las mujeres.
- Pobre o ninguna autoestima: beber alcohol o consumir drogas suelen ser recursos utilizados por personas que tienen un bajo concepto de sí mismas, para evadirse de la realidad, ya que sus efectos reducen la percepción de la escasa o ninguna validez que se otorgan. Los cambios físicos y psicológicos de la pre adolescencia y la adolescencia agudizan esta situación, que no solamente produce sufrimiento sino que dificulta el desarrollo personal y social.
- Escasa tolerancia a la frustración: no saber aceptar fracasos y frustraciones puede llevar a buscar situaciones o sensaciones que produzcan una

gratificación rápida, sin pensar que muchas veces la solución buscada es el principio de más problemas que aportaran frustraciones aún mayores.

- Baja capacidad para discernir correctamente ante toma de decisiones: en la interacción social, se presentan numerosas oportunidades donde las personas deben expresar su pensamiento o su deseo de hacer o no en particular. Las dudas o titubeos ante una opción pueden llevarlos a tomar una decisión equivocada.
- Inconformismo ante las normas sociales: el abuso del alcohol y el consumo de otras drogas pueden ser una forma de negación a vivir acorde con una sociedad percibida como injusta y deshumanizada. Demostrar libertad rompiendo las normas establecidas es olvidarse de que la libertad de cada uno termina donde comienza la libertad de los demás.
- Depresión: existen momentos críticos en la vida de las personas causados por situaciones que producen mucha angustia y dolor, que las vuelven más vulnerables y proclives a iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas. Separaciones, divorcios, enfermedad, muerte de seres queridos, fracaso, desempleo, soledad, deudas, etc.; son algunas de las causas, entre otras, que pueden provocarla.
- Temeridad innecesaria: hay personas que podrían ser calificadas de suicidas en potencia, pues con su forma de actuar están siempre desafiando el peligro.

Cualquier edad puede presentar esta característica que habitualmente se agudiza en la adolescencia.

- Tiempo libre empleado en actividades facilitadoras al consumo: por ejemplo pasar mucho tiempo en bares, o de forma poco satisfactoria para el individuo, por ejemplo pasar mucho tiempo aburrido o sin hacer nada, puede aumentar la probabilidad de implicarse en el consumo de drogas.

1.4.2. Factores de Riesgo Familiar

La familia es el núcleo inicial de socialización del niño, en el cual comienza a construirse su personalidad; es lógico, entonces, que el ambiente cotidiano y la interacción entre los miembros que lo componen sean factores a tener en cuenta en relación con el inicio del consumo.

Los factores que pueden considerarse de riesgo dentro del seno familiar tiene directa relación con:

- El ejemplo familiar: la observación del comportamiento de los padres puede ser el modo de adquirir una conducta determinada. La forma de vida y valores que estos muestren a sus hijos pueden servir de eficaz prevención o, por el contrario, de factor precipitante para el inicio en el consumo de alcohol y de otras drogas.
- El estilo educativo familiar: la disciplina y una afectiva pero comprensiva supervisión, pueden neutralizar los factores de riesgo que presentan los

siguientes comportamientos parentales o ausencia de normas de comportamiento:

- ✓ Permisividad o, por el contrario, el autoritarismo, provocan confusión en los hijos. Sobreprotección o abandono: tanto el exceso como la indiferencia en la atención de los hijos pueden favorecer el inicio en los consumos.
- ✓ Rigidez en la estructura familiar impide o retrasa los procesos de maduración, autonomía e independencia y provoca sumisión o bien rebeldía.
- ✓ Falta de conocimiento, no aprobar, destacar o premiar los logros de los hijos da como resultado personalidades inseguras y con muy baja autoestima.
- El clima afectivo inadecuado: el clima que se vive dentro del hogar, tiene directa relación con la estabilidad emocional de los miembros de la familia, la que puede vincularse con el consumo de alcohol y otras drogas.

Afectan a la familia:

- ✓ Falta de dialogo y comunicación entre sus miembros.
- ✓ Violencia doméstica.
- ✓ Deficiente relación de pareja entre los progenitores.
- ✓ Conflictos frecuentes traducidos en discusiones, alteración de roles.

- ✓ Incompetencia
 - ✓ Falta de estabilidad y de responsabilidad de uno o ambos padres que les impide ofrecer seguridad y protección a los hijos.
 - ✓ Historial de consumo de alcohol y otras drogas por parte de uno de ellos.
 - ✓ Falta de sentido de pertenencia.
-
- Baja cohesión familiar: la cohesión familiar hace referencia a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traducen en conductas tales como hacer muchas cosas juntos, tener intereses y amigos comunes, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etc. Se ha demostrado que hijos de familias muy cohesionadas tienen menor probabilidad de implicarse en el consumo de drogas, posiblemente porque son objeto de mayor control por parte de los padres, tienen menos oportunidades de recibir ofertas y viven en un medio de mayor seguridad afectiva.

1.4.3. Factor de Riesgo Escolar

La actividad en la escuela, en el instituto o en el centro educativo, es la principal actividad formal que llevan a cabo la mayoría de los adolescentes. Allí pasan buena parte de su tiempo, y es el ámbito donde se les exige con más claridad una responsabilidad personal, cuyo cumplimiento generalmente se mide en términos de resultados académicos, de modo menos formal, aunque no menos importante, es

también allí donde se organizan sus relaciones sociales y su tiempo de ocio. Los factores de riesgo escolar se plasman en los siguientes:

- Falta de integración escolar: los niños y adolescentes pasan mucho tiempo en el ámbito escolar. Si este es percibido como un medio hostil, en el que son rechazados y donde no pueden establecer relaciones interpersonales con otros iguales, pueden buscar el apoyo y la compañía de otros jóvenes en situaciones de dificultad social o marginación, pudiendo aumentar sus posibilidades de implicarse en el consumo de drogas.
- Consumo de drogas en el medio escolar: es importante la prohibición de consumo de drogas en el medio escolar (tabaco y alcohol fundamentalmente), tanto entre los profesores y adultos, por su papel como modelos de conducta; como entre los alumnos, ya que ello contribuye a reducir el número de ofertas y la presión hacia el consumo.
- Conducta disruptiva en la escuela: una conducta que va paralela al consumo de drogas en la escuela es también la conducta antisocial en la misma. La conducta antisocial traerá como consecuencia:
 - ✓ Problemas de conducta.
 - ✓ Problemas relacionados con la disciplina.
 - ✓ Con el tiempo pueden llevar a problemas de fracaso escolar.
 - ✓ Poca valoración de esa persona por parte de sus profesores.

- ✓ Quejas a sus padres por su comportamiento.

1.4.4. Factores de Riesgo – Grupos de pares

La pertenencia a un grupo es quizá uno de los motivadores más potentes del comportamiento del adolescente y unos de los elementos más necesarios para el desarrollo por su papel modulador de la conducta, de la afectividad y del autoconcepto. No existe adolescencia sin grupo. Por ello, la “presión del grupo” constituye una influencia poderosa sobre el comportamiento de los miembros. Los primeros consumos de tabaco o de alcohol tienen un lugar dentro del grupo de amigos, porque se tratan de comportamientos que obtienen el reconocimiento social del grupo y afianzan la sensación de pertenencia al mismo. Será, pues más probable el abuso en la medida en que el grupo valore positivamente el consumo de drogas y en la medida en que el individuo carezca de recursos para afrontar la presión del grupo.

1.4.5. Factores de Riesgo en ámbito comunitario

Se entiende por comunidad el grupo de personas pertenecientes al ambiente donde el individuo se desenvuelve y realiza su proceso para convertirse en persona. Aunque la familia es la primera comunidad natural, nos referiremos aquí al entorno comunitario, que comprende el grupo de amigos, la escuela, colegio o universidad, el lugar de trabajo, la empresa o institución donde se desenvuelve, el barrio, la ciudad donde vive, etc. Los factores de riesgo que pueden presentarse son:

- Dependencia del grupo: el joven que no tiene sentido de pertenencia respecto de su familia y que no mantiene con ellos una buena comunicación e interacción debido a diferentes conflictos personales o familiares puede utilizarse el grupo de amigos como sustituto. Si el grupo es permisivo en cuanto al uso de alcohol y otras drogas, como solidaridad y para solidificar su presencia en el grupo, el individuo adoptará esa misma actitud hacia ellas.
- Presión del grupo: mantener la integración con el grupo de amigos en la adolescencia implica la aceptación de sus normas y valores. Si el grupo bebe o alcohol o consume otro tipo de drogas el ofrecimiento se dará sin duda. La posibilidad de negarse se hace difícil por el temor de que esta puede ser interpretada como rechazo al grupo al que quiere seguir perteneciendo.
- Resentimiento social: el exacerbado ofrecimiento de artículos de consumo o bienes materiales unido a la falta de oportunidades personales y familiares para adquirirlos, hacer víctima de diferentes violencia y a la falta de afecto, entre muchas otras causas, pueden ocasionar en el individuo (sobre todo en la niñez y la adolescencia) el paulatino crecimiento de resentimiento, se exterioriza con transgresiones de menor o mayor gravedad. El abuso en el consumo de alcohol y la utilización de diferentes drogas son también formas de transgresión a las normas sociales.

- Actitud de los líderes sociales ante las drogas: los padres son los modelos que ayudan al consumo de las drogas, incluidas las legales como el alcohol, tabaco y medicamentos, la actitud ambivalente de los líderes sociales hacia ellas puede servir como influencia negativa en el inicio del consumo.
- Relaciones conflictivas en la comunidad de estudio o trabajo: la falta de integraciones en el medio en el que se desenvuelve se manifiesta con el fracaso, rechazo o normas de convivencia y la negativa a la participación en actividades sociales e institucionales en adultos y niños. Los estilos inapropiados en al forma de relacionarse pueden constituir peligrosos factores que incidan en el comienzo del consumo. Se puede mencionar: actitudes exageradas en cuanto a la rigidez e inflexibilidad de normas, exigencias que genera autoexigencia, mucha expectativa por los resultados sin valorar propician el individualismo.
- Exceso de tiempo de libre: el aburrimiento es un importante factor de riesgo, la escasez de centros recreativos y educativos son alternativas válidas de interacción social de bajo costo. También se puede incluir absentismo, a la deserción escolar y desempleo.
- Disponibilidad de las drogas: las drogas están en todas partes y no es difícil acceder a ellas.

1.4.6. Factores de Riesgo asociado al contexto social

En los últimos años la sociedad ha experimentado una serie de modificaciones, dando lugar a un cambio en la actitud de las personas, como se puede mencionar:

- Actitudes sociales que pueden propiciar el consumo de drogas: escepticismo, hedonismo y consumismo, son todas respuestas a la búsqueda de gratificación inmediata que caracteriza a muchas de nuestras sociedades occidentales.

La falta de solidaridad lleva a que primen los intereses individuales sobre los colectivos, haciendo que muchas personas vean como válido su enriquecimiento personal aunque esté basado en el dolor y la tragedia de otros. La aceptación generalizada de las drogas legales dificulta la toma de consciencia de la sociedad en cuanto a su utilización y a los riesgos que conlleva su consumo.

- Factores socio-ambientales negativos: la cantidad de factores socioeconómicos negativos que afectan a una gran cantidad sobre todo en las grandes ciudades ha dado un aumento en el consumo de drogas, por ejemplo: déficit de viviendas, escasez de servicios públicos, etc., son circunstancias negativas que favorecen los consumos, ya que determinadas condiciones pueden ocasionar una pérdida en la capacidad para enfrentar problemas, y es cuando las drogas se convierten en una alternativa.

- Medios de comunicación social: el tratamiento que los medios dan a las drogas esta distorsionado, plagado de estereotipos y de confusiones en cuanto a los conceptos que se relacionan con ella.
- Publicidad: la promoción durante años de las drogas legales logro impactar a usuarios considerados no tradicionales, como mujeres y menores. La precocidad de los consumidores de alcohol es uno de los problemas más serios en la actualidad, la publicidad ha hecho que se asocien las bebidas alcohólicas con entretenimiento y diversión, compañerismo y juventud. Un fenómeno de esta época es que la cerveza se ve como un refresco más, la publicidad explícita o subliminal está presente en la mayoría de los eventos sociales se los emparenta con la gratificación y el poder.

1.5. FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección pueden ser definidos como aquellas circunstancias personales, familiares y ambientales que reducen controlan o extinguen la probabilidad de que se presenten condiciones que puedan conducir al contacto droga-individuo. Por lo tanto, son situaciones internas o externas a la persona que le permiten enfrentar exitosamente los problemas y así alejan el riesgo.

También puede ser entendido como eventos de naturaleza biológica o social, cuya presencia disminuye la probabilidad de que se presente un problema, equivale entonces a un atributo o característica individual, condición situacional y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Al igual que

sucede con los factores de riesgo, tienen un carácter dinámico y varían de un sujeto o de una comunidad a otra.

1.5.1. Factores de Protección individual

Son rasgos que indican una habilidad personal, entre los que podemos considerar:

- Los valores: la escala de valores que un individuo tiene la construye el mismo a partir de la influencia de los valores dominantes de la sociedad, de su entorno próximo y de su experiencia personal. La formación o clarificación de los valores contribuyen a mejorar aspectos individuales de gran importancia como son la autoestima y la autoconfianza, variables que a su vez disminuyen la alta necesidad de aprobación social. Si desde temprana edad se fomentan valores hacia la salud, es posible que el individuo lo interiorice, lo incorpore a sus creencias e instrumentalice en actitudes y comportamientos que configuren un estilo de vida saludable. De forma tal que, ante la oferta de drogas, el individuo contara con un criterio de salud que determinara una decisión ajustada hacia las mismas.
- Las actitudes positivas hacia la salud: las actitudes son predisposiciones aprendidas para actuar de un modo favorable o desfavorable ante un objeto, persona, grupo o situación. Sirven para manifestar los valores que se tienen, ejercen una función adaptativa y comprometen todas las dimensiones del individuo (cognitiva, afectiva y conductual).
- Promover la formación o el cambio de actitudes positivas hacia la salud favorece comportamientos incompatibles con el consumo de drogas.

- La toma de decisiones: se trata de formar un repertorio de competencias que fomenten la autonomía, el autocontrol personal y la asunción de responsabilidades. Estos recursos permitirán afrontar y resolver mejor las situaciones intrapersonales e interpersonales y harán que el individuo sea capaz de elegir.

1.5.2. Factores de Protección familiar

En el contexto hogareño y dentro de la vida doméstica, tienen incidencia en la conducta refractaria de uso de drogas las situaciones en que se transmite mensajes valorativos para las personas en formación dentro de ese medio.

- Apego familiar y clima afectivo positivo: el apego al núcleo familiar es un factor de protección que implica el sentimiento de pertenencia, el vínculo a un grupo de referencia. Representa para el individuo la tenencia de espacio que comparte y en que también puede refugiarse, el lugar en el que se reconoce y donde adquiere la seguridad necesaria para ir afrontando las dificultades que se dan en la vida cotidiana. Conlleva actitudes de reconocimiento y respeto entre sus integrantes, la presencia de manifestaciones afectivas positivas (implícitas y explícitas) y una comunicación fluida y adaptada a cada situación concreta.
- La comunicación fluida: el hombre es un ser social por naturaleza y la comunicación es el vehículo para la interacción con el entorno, es la herramienta que, utilizándola de forma adecuada, favorece el desarrollo

individual y grupal. El grupo familia al ser el primer núcleo de socialización del individuo, requiere de especial apoyo para potenciar un grado de comunicación fluido que ejerza un efecto protector a sus miembros.

1.5.3. Factor de Protección escolar

Se constituyen de aquellos modelos educativos participativos que fomentan la creatividad y espontaneidad en el grupo maestro-alumno, desarrollo de habilidades básicas en la toma de decisiones, promoción de metas futuras posibles de realización, promoción de actitudes críticas respecto de los problemas sociales, sus valores y el estilo de relación entre los educadores y alumnos (clima de centro). Se considera que existe un clima de centro positivo, cuando están presentes en las relaciones de todos sus miembros valores que favorecen el respeto, la comunicación, la solidaridad, la convivencia, la participación, etc. Para los adolescentes el centro escolar es un espacio de socialización entre iguales y con alumnos.

1.5.4. Factores de Protección-grupo de pares

Son aquellos rasgos de la participación en actividades que no incluyan drogas, respetan la creatividad, aprecian las habilidades de cada persona y muestran orgullo de formar parte del grupo, identificando con éste sus intereses. La pertenencia a un grupo supone la existencia de vínculos afectivos, el intercambio de experiencias y el enriquecimiento tanto individual como del grupo.

1.5.5. Factores de Protección en el ámbito comunitario

Respecto a los factores de protección comunitarios, destacamos lo que propone Kumpfer et al. (1998), que son los de un sistema de apoyo externo positivo, el

apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas, y el rendimiento escolar exitoso y apego a la escuela. Tal como ellos los consideran, la ventana de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, baja educación o conflictos familiares, los cuales tiene una clara incidencia en el consumo de drogas.

1.5.6. Factores de Protección asociados al contexto social

Son los factores de protección que surgen desde, para y por la sociedad. Tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los grupos y los individuos. Estos son los siguientes:

- Promoción de la salud: las acciones que se planifican desde las administraciones públicas y privadas de promoción de la salud tienen una finalidad preventiva. Suponen la acción necesaria ante las necesidades sociales en torno a la salud y su implementación pretende ejercer una protección en los grupos y en la persona.
- Limitación de la accesibilidad a las sustancias: estructuran la organización de las sociedades, implican el deber social del cumplimiento y suponen un modelo de comportamiento a partir del cual se establecen las relaciones entre los individuos. La generación de leyes que limiten o regulen la accesibilidad a las drogas tienen un efecto protector sobre los individuos, suponen la articulación de mecanismos de control en la oferta, y por consiguiente, en la demanda.

1.6. CRITERIOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL

A. Patrón desadaptativo del consumo de alcohol que conlleve a un deterioro o malestar significativo, expresado por UNO ó MÁS de los ítems siguientes.

- ✓ Durante un período de 12 meses.²
- ✓ Consumo recurrente de alcohol con incumplimiento de obligaciones.
- ✓ Consumo recurrente de alcohol en situaciones peligrosas.
- ✓ Problemas legales referidos.
- ✓ Consumo de alcohol a pesar de problemas sociales.

B. No se cumplen con criterios para la dependencia.

1.7. CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Patrón desadaptativo del consumo de alcohol que conlleve un deterioro o malestar significativo, expresado por 3 ó más de los Ítems siguientes en un período de 12 meses.

- ✓ Tolerancia
- ✓ Abstinencia
- ✓ Se toma el alcohol en cantidades mayores o durante un tiempo más largo del que inicialmente se pretendió
- ✓ Esfuerzos infructuosos de controlar el consumo de alcohol

² DSM IV. Op Cit.

- ✓ Se emplea mucho tiempo: Obtención del alcohol - en el consumo o en la recuperación
- ✓ Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas
- ✓ Se continúa tomando alcohol: pase a problemas Psicológicos, físicos, que parecen exacerbados por el consumo.

1.8. CONCLUSIÓN

Este capítulo 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 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 se puede 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 un uso de alcohol fuera de lo habitual y cuyos efectos resulten perjudiciales para la persona y su entorno.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOLISMO

2.1. INTRODUCCIÓN

Se han descrito muchos factores que pueden tener cierta importancia como causas o, al menos como determinantes o predisponentes de los estados de dependencia alcohólica. Diferentes teorías han sido postuladas en busca de una posible explicación al consumo excesivo de alcohol, por lo tanto estas teorías etiológicas tratan de responder a cuestiones como: ¿por qué algunas personas comienzan a beber?, ¿por qué algunas personas continúan con el hábito de consumir alcohol, mientras que otras no, después de esta primera experiencia? Y ¿qué factores hacen que una persona llegue a convertirse en dependiente del alcohol? Sin lugar a dudas la

explicación del alcoholismo pasaría por un compendio de todas ellas, ya que la problemática de la adicción al alcohol se mueve alrededor de un sistema interrelacionado de tres factores: droga- individuo- sociedad.

Las diferentes teorías no son necesariamente excluyentes entre sí, sino que un determinado grado de alcoholismo puede ser el resultado de la interacción de varios factores que contribuyen en grados diversos al resultado final. El conocimiento de estos desencadenantes del consumo abusivo de alcohol es importante en cuanto que puede aportar una gran ayuda a la puesta en marcha de programas de prevención y tratamiento del alcoholismo.

2.2. TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO

2.2.1. Teorías cognitivas

La teoría cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck,1967,1976).

Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. La teoría cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La teoría cognitiva, como aplicación de la psicología cognitiva que se ocupa del estudio de los procesos y estructuras mentales; centrada en los procesos mentales, como el razonamiento, memoria y atención y desde un punto de vista intrapsíquico, entendiéndose éste que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras. Por ejemplo una situación social puede generar una creencia idiosincrásica, como: el alcohol me hace más sociable, o puedo estar más relajado si tomo una cerveza, y producirá el craving de utilizar alcohol y/o tabaco.

Este modelo parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Destaca el papel de los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias, entre otros.) se consideran esenciales para entender el funcionamiento normal y trastornado de los humanos. Los otros componentes señalados interactúan con el cognitivo a través de las estructuras de significados.

El significado, es la cuestión central en las terapias cognitivas. Los significados hacen que las personas relacionen sus estados de ánimos, pensamientos y conductas. Con el término "significado" los psicólogos cognitivos se refieren al sentido de los acontecimientos de la vida para una persona. Estos significados dan sentido a la propia vida actual, los recuerdos, lo que se espera del futuro y como se consideran las personas a sí mismas. Beck (1967, 1976) define a la terapia cognitiva como: "Es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta".

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

Existen varias características que diferencian a los individuos adictos de los que son consumidores casuales. Una diferencia principal estriba, tal como lo ha señalado Peele (1985), en que los individuos adictos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización del alcohol, mientras que los consumidores casuales priorizan más otros valores como la familia, los amigos, la ocupación, el ocio y la seguridad económica. Además es importante mencionar que los dependientes de alcohol tienen ciertas características como la baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, y todas ellas 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. Por ejemplo cuando se trata de baja autoeficacia se utilizan 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 usan frases como: el alcohol me hará sentir bien para la fiesta de esta noche o no me sentiré tan tenso si uso alcohol. Hay mas probabilidad de seguir usando el alcohol cuando uno espera un resultado más positivo que negativo.
- Atribuciones de Causalidad: hace referencia 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 ciudadela 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 toma 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 y esta situación será más vulnerable para él por lo que puede reacer.

- Otros factores cognitivos relacionado con el abuso de alcohol son las llamadas distorsiones de los pensamientos o 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. La creencia de que la única forma de escapar del ambiente en que se encuentra y de sus sentimientos desagradables es tomando alcohol.
3. La creencia de que se necesita alcohol para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

A estas creencias mencionadas se hace necesario añadir otra creencia básica, siendo en primera instancia que este conjunto de creencias hacen 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). Por lo que esta creencia adicional recibe el nombre de distorsiones cognitivas o creencias irracionales, las mismas que se mencionan a continuación:

- Abstracción selectiva o filtraje: Consiste en una especie de visión de túnel donde solo se percibe lo congruente con el estado anímico. De esta manera un sujeto puede soñar con temáticas de pérdida, temor, ira o euforia, ignorando otros aspectos de su experiencia.
- Pensamiento polarizado: Se perciben los acontecimientos de manera extrema sin tener en cuenta los grados intermedios. El sujeto por ejemplo puede soñar con decepciones a sus deseos y verse como un desgraciado, incompetente e inútil, o verse en un estado de éxtasis maravilloso. La experiencia del sueño adquiere una polaridad extrema sin tonalidades medias.
- Sobregeneralización: El sujeto saca una conclusión general para todos los aspectos de su vida de un evento concreto. Por ejemplo tras un rechazo en el sueño se ve como un desgraciado arruinado.
- Interpretación del pensamiento: Se interpretan sin base las intenciones de las demás personas hacia uno, por lo general de manera desfavorable. La suspicacia proyectiva y los sueños persecutorios con temor suelen reflejar esta distorsión.

- Visión catastrófica: El sujeto adelanta catástrofes y desgracias para su vida o sus intereses. Soñar con desgracias, enfermedades y pérdidas de diversos tipos, puede estar relacionado con esta distorsión.
- Personalización: Consiste en relacionar sin base los acontecimientos del entorno consigo mismo. Es similar a la interpretación del pensamiento.
- Falacia de control: Consiste en verse con un grado de control excesivo sobre las conductas ajenas o incompetentes en grado extremo para manejar los propios problemas. Los sueños donde el sujeto es acusado de algo, o pasa algún tipo de prueba puede estar relacionado con esta distorsión.
- Falacia de justicia: Consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con los deseos personales. Los sueños donde el sujeto ejecuta actos de venganza, o reclama justicia, se pueden relacionar con esta distorsión.
- Razonamiento emocional: Consiste en la tendencia a creer que los sentimientos siempre reflejan eventos reales que lo han producido. Si una persona se siente irritada entonces tiene razones legítimas para que los otros le hayan ofendido. Muchos sueños se pueden basar en el propio estado emocional con el que el sujeto se fue a dormir.

- Falacia de cambio: Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende exclusivamente de los actos de los demás, de que estos cambien su conducta. Los sueños donde uno se percibe satisfecho con cambios imaginados en las personas de su entorno pueden reflejar esta distorsión
- Etiquetación: Consiste en otorgar una etiqueta generalizadora a las personas y eventos, usando el verbo ser (p.e "los negros son inferiores") . Similar a la generalización.
- Los deberías: Consiste en la tendencia a exigirse a sí mismo, a los otros y a la vida que las cosas tiene que ocurrir por fuerza en una determinada dirección. Cuando el sujeto se ve frustrado en su vida de vigilia en la consecución de sus deseos, puede soñar con la compensación en sus ensueños de sus deseos. Por lo general esto puede formar parte de la exigencia de intolerancia a la frustración, y ser "compensado en los sueños". Por ejemplo una persona que se exige tener éxito en sus relaciones afectivas y tiene fracasos que vive como intolerables , puede verse en sus sueños rodeado de personas que le complacen afectivamente o sexualmente.
- Culpabilidad: Consiste en la tendencia a atribuir sin evidencias la responsabilidad de los eventos totalmente a uno mismo o a los demás. Los sueños en relación a tribunales y castigos, pueden relacionarse con este tema.

- Falacia de razón: Consiste en el hábito de no escuchar las razones ajenas ante desacuerdos, por creerse uno en posición de la verdad absoluta. El soñar con debates, luchas y disputas donde uno sale vencedor, puede reflejar esta distorsión.
- Falacia de recompensa divina: Supone la tendencia a esperar que los problemas mejoren mágicamente en el futuro, sin buscar uno mismo soluciones personales. Los sueños donde los problemas se resuelven de manera mágica o por intervención de instancias superiores y poderosas, pueden relacionarse con esta distorsión.³

La teoría cognitiva postula a los pensamientos distorsionados como los promotores del alcoholismo. Y en la manera en que se manejen estos pensamientos, implicaran la determinación de las etiquetas mentales, las cuales guiaran a las personas de como perciban el mundo y actúen.

2.2.2. Teorías Conductistas

La teoría conductista, desde sus orígenes, se centra en la conducta observable intentando hacer un estudio totalmente empírico de la misma y queriendo controlar y predecir esta conducta.

De esta teoría se plantaron dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante. El primero de ellos describe una

³Ruiz, Juan J. et al., *La interpretación cognitiva de Ellis y Beck*, Psicología Online: Formación, Autoayuda y Consejo Online, 2002, Disponible en: <http://www.psicologia-online.com>. Acceso: 20 de junio del 2012.

asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si se sabe plantear los estímulos adecuados se obtendrá la respuesta deseada.

Esta variante explica tan solo comportamientos muy elementales. La segunda variante, el condicionamiento instrumental y operante persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo.

En cuanto a las deficiencias de esta teoría podemos destacar que el conductismo prescinde por completo de los procesos cognoscitivos. Para él el conocimiento es una suma de información que se va construyendo de forma lineal. Asume que la asimilación de contenidos puede descomponerse en actos aislados de instrucción. Busca únicamente que los resultados obtenidos son los deseados, despreocupándose de la actividad creativa y descubridora del paciente.

El conductismo se basa en los estudios del aprendizaje mediante condicionamiento, considerando innecesario el estudio de los procesos mentales superiores para la comprensión de la conducta humana. El núcleo central del conductismo está constituido por su concepción asociacionista del conocimiento y del aprendizaje.

Las justificaciones conductuales para el abuso y la dependencia del alcohol se basan en algunas teorías específicas, recopiladas por Reconco (1976), siendo estas:

- 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 de privación, en donde los reforzadores son manejados inapropiadamente, es decir, que estas personas poseen un débil repertorio conductual que no permite obtener un legítimo reforzamiento.

En términos experimentales se ha logrado identificar la relación respuesta-reforzamiento: reforzamiento diferencial, discriminación, generalización y extinción, siendo estos los que forman los patrones de conducta.

- Reforzamiento

Cuando los cambios que ocurren en el ambiente como consecuencia de la acción del organismo y 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). (Ramírez, 1974). La generalización y la

discriminación de procesos básicos en el aprendizaje (Nevin, 1973), se refieren respectivamente, a

la propagación de los efectos del reforzamiento que se manifiestan ante un estímulo, a otros estímulos diferentes del original.

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 como 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

Un organismo discrimina entre dos estímulos, cuando se comporta de manera diferente en presencia de cada uno de ellos (Catania, 1974), por ejemplo, un niño que acostumbra jugar con su perro quien siempre le responde amigablemente, sin embargo, un día tratará de jugar con cualquiera otro, tal como acostumbra hacerlo con el suyo (generalización), y éste podría no responder de la misma manera y más bien morderlo. Esta es una experiencia desagradable que podría ser generalizada a evitar a todos los perros, aunque con las dos experiencias, el niño aprenderá cuales perros pueden ser sus amigos y cuales no y actuará diferentemente en presencia de animales diferentes (Nevin, 1973).

Haciendo relación con el alcohol podría ser un joven que acostumbra tomar un solo tipo de licor y del cual obtiene efectos placenteros, sin embargo un día cualquier tratará de ingerir otro tipo de bebida 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.

- Extinción

El término de extinción, se refiere a que cuando la probabilidad de ocurrencia de alguna conducta ha sido incrementada por una consecuencia reforzante y la conducta se presenta, sin embargo no es seguida por la consecuencia, la probabilidad disminuye, y ésta disminución de la conducta como una función de su ocurrencia sin la consecuente entrega de un reforzador se ha denominado extinción operante. (Reynolds, 1973).

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.

2. Teoría de la reducción de la tensión

Esta teoría intenta esclarecer el papel reforzante que el alcohol parece desempeñar en los sujetos debido a que actúa también como un reforzador negativo debido a que elimina el estímulo aversivo (timidez, tensión, etc.); es decir, las personas que ingieren el alcohol lo utilizan para eliminar estados ansiosos o algo similar.

Este tipo de reforzamiento puede mantenerse largamente y generar 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, 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

3. Teoría del aprendizaje cognitivo social

El aprendizaje cognoscitivo social, es aquel que va ligado a una serie de conductas específicas de la vida social, como por ejemplo, hábitos sociales, actitudes, defectos, etc. Se trata de un uso genérico que no señala procesos concretos, sino el ámbito en que se dan.

Se puede decir, que el aprendizaje social se da de dos maneras diferentes, la primera se da en virtud de las relaciones con las de más personas en un ambiente social y la

segunda se da en la interacción de factores tanto externos como internos y el medio que interviene en la conducta personal. Para muchos psicólogos el aprendizaje cognoscitivo social puede darse a través de un proceso de modelamiento, de imitación, observando lo que otros hacen, de lo que se nos indica y de manera vicaria, etc.⁴

Entre los principios de la teoría del aprendizaje social desarrollados acerca del consumo y abuso del alcohol, se 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 aunque no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso del alcohol y la dependencia.
- 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

⁴ Aprendizaje Cognoscitivo Social, Disponible en: <http://teoriasdelaprendizaje.wikispaces.com>. Acceso: 20 de junio del 2012.

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.

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 convertir este en un hábito.

2.2.3. Teoría existencial

Se refiere a la comprensión de la posición de la gente en el mundo y a la clarificación de lo que significa estar vivo. El acercamiento terapéutico existencial acentúa “libremente voluntad,” la capacidad de hacer las opciones que no son dictadas por herencia o más allá del condicionamiento, con el cual un individuo puede hacer la persona a que él o ella desea para ser.

El sentido de la vida surge por la necesidad de dar solución a los problemas que tenga una colectividad o un individuo en particular. El sentido de la vida es un *"esquema que reúne modelos de actos de las líneas más diversas y los acomoda en una proyección de un sentido que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte"*⁵

La construcción de un sentido de vida se inicia en la socialización primaria (familia), la cual posibilita una base ontológica sólida que ofrezca seguridad y certidumbre existencial, como punto de arranque para la definición de la identidad del yo y sentido de vida. Este proceso continúa a lo largo de la vida en una relación dialéctica entre lo subjetivo y lo intersubjetivo (medio social), en la vida cotidiana hasta el momento de la muerte.

El desarrollo de un sentido de la vida puede verse frustrado en la medida en que las metas, anhelos o expectativas de vida no sean realizados o nuestros parámetros de vida de seguridad y certidumbre sean afectados por situaciones de 'crisis' donde no se cuenta con las herramientas adecuadas para afrontarlos.

En tales situaciones, la presencia de un conjunto de sensaciones y cambios en nuestro día a día, surgen como 'síntomas' de un estado de frustración existencial que afecta nuestro sentido de vida que ha sido denominado por Viktor Frankl fundador de Logoterapia como un '*vacío existencial*': "la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa",⁶ las personas presentan "el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido.

Para esta teoría los radicales básicos de la personalidad del alcohólico son los sentimientos de soledad y desesperanza. (Aguilar, 1985). Soledad que debe

⁵ BERGER, Peter y Luckmann, T, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu editores, Buenos Aires 1979., Disponible en: <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com>. Acceso: 18 de junio del 2012

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 siendo la falta de expectación, de futuro, de proyectos; un horizonte que no se vislumbra y una realidad sin salida. La vida del alcohólico pierde además 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.

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.

Por lo tanto se puede concluir que no hay teoría existencial exacta definida. Y es así que solo se puede mencionar que las metas de la teoría existencial son:

- El vivir en el presente
- Timidez de aumento y vida auténtica
- Encontrar el significado personal
- El hacer frente a ansiedad
- Tomar la responsabilidad de decisiones

¹ FRANKL, Viktor, *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*, Editorial Herder, Barcelona 1994., Disponible en: <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com>. Acceso: 18 de junio del 2012

Por lo que las personas no son responsables de su adicción ya sea por herencias genéticas o condicionamientos sociales, sino por la actitud concebida, es decir la persona elige destruirse o destruir a la sociedad en la que está conviviendo.

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, vive sin creencias ni compromisos, sin horizonte vital, sin un proyecto más allá de lo inmediato, por lo que a esto se puede decir que es el vacío, en el que no se toma responsabilidad de sus errores, y por ende, mientras no encuentre la raíz de su problema, no podrá rehumanizarse.

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).

Tony Anatrella ⁷ considera que uno de los problemas de la sociedad actual, denominada por él una 'sociedad depresiva', se encuentra en la constante búsqueda de satisfacer el 'ego'. La presencia del individualismo y el narcisismo como formas de conductas se han generalizado en la sociedad donde predominan acciones egoístas que limitan la capacidad de trascendencia personal e inhiben la consolidación de un óptimo sentido de vida.

Por lo que las personas se conviertan en consumistas de productos como el alcohol, generando en los jóvenes desorientación del camino que deben escoger para sobrellevar la vida, y considerando importante solo las cosas materiales, y no dando el verdadero valor a la sociedad y familia.

⁷ ANATRELLA, Tony, *Contra la Sociedad Depresiva*, Editorial Sal Terrae, Bilbao España 1994, Disponible en: <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com>. Acceso: 18 de junio del 2012

Se puede considerar el origen del vacío existencial en la medida en que el individuo encuentre limitado su 'voluntad de sentido' (Frankl)⁸ o búsqueda natural de una razón de ser de su vida y de las cosas que ocurren. La realización existencial ocurre en la medida en que cada uno trascendemos nuestra situación y condición hacia un objetivo externo a nosotros mismo (el trabajo, la pareja, Dios, estudios, hobbies, etc.) En definitiva, experiencias y acciones en nuestra vida que nos permitan salir de uno mismo en pro de un objetivo.

Por lo tanto, se puede concluir que la meta de esta teoría en forma general 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 ausencia de valores, de responsabilidad y de libertad que llevan a la persona a no encontrar una motivación de existencia.

2.2.4. Teorías Psiconómicas

Las primeras formulaciones psiconómicas sobre la adicción a drogas se deben a Freud (1905) y a 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 él. 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 consumirla durante algún tiempo, la droga cuyo abuso estudió con mayor profundidad es el alcohol, al que atribuye tres efectos psiconómicos principales:

⁸ FRANKL, Viktor, *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*, Editorial Herder, Barcelona 1994. Disponible en: <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com>. Acceso: 18 de junio del 2012

- Disminución de la tensión del ello
- Perturbación de la capacidad perceptual del yo, especialmente en lo que se refiere a los aspectos más desagradables de la realidad.
- Dulcificación del super yo, estructura que algunos de sus discípulos 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 también, y es solamente como sustituto de ella que las demás adicciones - al alcohol, morfina, tabaco; etc.- que cobran su existencia".

Mientras que el estudio de las interacciones y conflictos intrapsíquicos ha sido de gran ayuda a la comprensión de muchos estados psicopatológicos, las contribuciones realmente importantes de la psicodinámica al tratamiento de las adicciones han tenido

que esperar a las aportaciones realizadas a lo largo de los últimos 20 años.

La psicodinámica moderna se interesa ahora, gracias al concepto de predisposición psicodinámica por vulnerabilidad nuclear del yo, que es importante para comprender el inicio, mantenimiento y eventual curación de las adicciones, así como para plantear de

manera inteligente procedimientos terapéuticos y rehabilitadores apropiados.

Recientemente, Stanton Peele (1990) ha criticado acertadamente la visión popular, sorprendentemente compartida por más de un "experto", de que las drogas actúan a la manera de un agente infeccioso, provocando la adicción en todo el que tenga

suficiente contacto con ellas. A pesar de innumerables investigaciones sobre los mecanismos biológicos de la adicción, o "dependencia farmacológica" no ha quedado nunca claro de manera convincente que la simple administración de la droga sea la causa de la conducta adictiva en los humanos, mientras que sí parece cada vez más evidente que existe un factor de vulnerabilidad individual, detectable psicodinámicamente. Lo que define la enfermedad adictiva, según este punto de vista, no es el mero uso de un agente tóxico, sino la existencia de una necesidad o presión interna que inevitablemente fuerza al sujeto hacia su búsqueda y consumo. Antes de que el sujeto haya tenido contacto con sustancias psicoactivas, esta presión interna puede ya estar presente de manera importante, poniéndose en evidencia por equivalentes psicopatológicos sustituyentes, tales como tendencia a la violencia o a la delincuencia, estados depresivos, crisis de ansiedad o alteraciones en la alimentación (Rado, 1933, 1957; Kohut, 1978, Wumser. 1978, Khantzian, 1990).

Por otra parte, cuando un consumidor activo de sustancias psicotrópicas lo hace por presión ambiental, por moda social, como tratamiento médico, o incluso, para protegerse psicológicamente de circunstancias sumamente estresantes, no se lo considera como un adicto desde el punto de vista psicodinámico mientras la motivación para el consumo se mantenga circunstancial, y pueda desaparecer de manera fácil y permanente cuando la situación externa o la propia decisión del sujeto así lo requieran.

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.

En base a todas interpretaciones González de Rivera y Monterrey (1994), describen algunos elementos psicodinámicos del proceso adictivo que se mencionan a continuación:

1. El 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. De hecho, el intenso deseo que el adicto experimenta por su sustancia de consumo tiene un matiz de necesidad imperiosa (el "craving" de los anglosajones) que recuerda más a la desesperación del bebé hambriento que a la delectación anticipada del sibarita.

Su presencia en todos los adictos, con independencia de la sustancia de abuso, e incluso en personalidades "preadictivas" o en sujetos que siguen conductas adictivas no relacionadas con el consumo de drogas, se interpreta como la expresión de severos defectos o alteraciones en la estructura del yo (Peele, 1975; Wurmser, 1978, 1987; Khantzian, 1990).

Las características principales del ansia adictiva son:

- Intensidad anormalmente exacerbada.
- Reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en su calidad como en su intensidad.
- Rigidez e incapacidad para modificar el deseo (por ejemplo, renunciando a él, atenuando sus exigencias, aceptando un sustituto).

Se considera que más que un fenómeno de gratificación regresiva, la adicción representa, para la mayoría de los pacientes, una maniobra adaptativa y de defensa ante fuertes pulsiones primitivas, en las que predomina la rabia, la vergüenza y la depresión (Wurmser, 1974, Khantzian; 1985, 1986). El yo defectuoso de estos sujetos

se halla permanentemente inmerso en una insoportable sensación de sufrimiento psíquico, ante la cual sus desestructurados mecanismos psicológicos propios para superar este estado conduce inevitablemente a la búsqueda inconsciente de agentes externos compensadores, apareciendo el ansia adictiva como expresión de la convicción absoluta de que la fusión o incorporación de determinado agente externo constituye la única salvación posible.

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.

2. La compulsividad: La sensación de obligatoriedad e inevitabilidad, fenómeno por otra parte común a otras manifestaciones de la psicopatología general, es un acompañante habitual del ansia adictiva y un componente clásico de la conducta del adicto. La acción de toma de droga tiene que ser realizada de manera

inescapable, y es totalmente ajena a su esfera de decisiones voluntarias. El adicto no solamente no es capaz de controlar sus ansias, sino que permite que toda su vida sea controlada por ellas, poniendo de manera incondicional a su disposición lo mejor de su inteligencia, de su simpatía y de todas sus dotes personales. Demostrando el grave defecto en su estructuración superyoica, y con absoluta falta de moralidad y respeto, el adicto no se detiene ante nada hasta lograr la sustancia de consumo, aunque para ello tenga que recurrir, en el mejor de los casos, al engaño y manipulación descarada de todos los que le quieren o confían en él, y en el peor, a la prostitución, el robo y la violencia.

3. La Externalización: Wurmser (1978, 1987) fue el primero en llamar la atención sobre este mecanismo de defensa característico de los adictos, aunque también es altamente operativo en los psicópatas antisociales. Técnicamente, se define como “la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable”, y consiste en la tentativa 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.

La externalización del adicto alude a dos elementos esenciales:

La necesidad de control sobre el agente externo, y la relativa especificidad del objeto

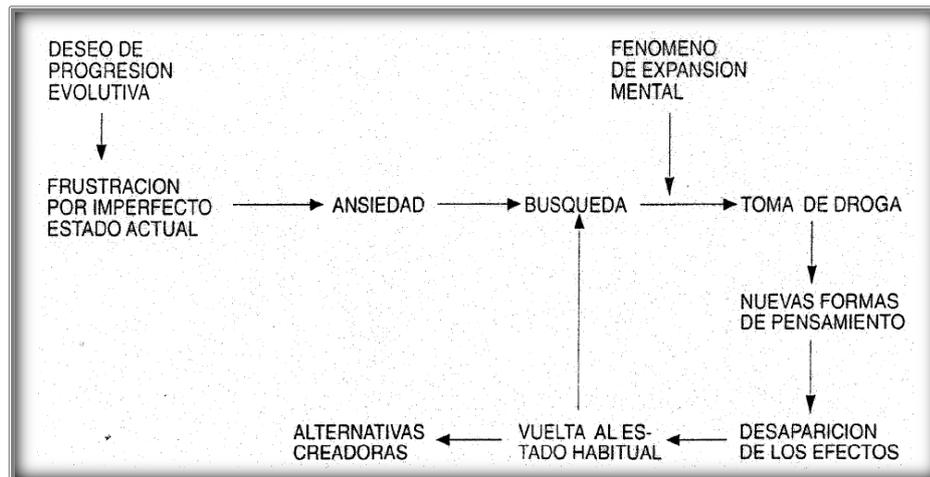
o procedimiento en cuestión. Además, cuando la externalización actúa de manera masiva, suele estar acompañada de dos defectos básicos en la formación del carácter que no son tan corrientes en el paso al acto, siendo estos la irresponsabilidad afectiva, que consiste en considerar los propios sentimientos como inducidos por agentes externos, y en el que se suelen utilizar frases como: "La gente me deprime", "Ese tío me puso nervioso", etc, y la deshumanización, que consiste en considerar a los demás como meros instrumentos sin vida ni derechos propios.

4. El Circulo vicioso: Una de las características más importantes del proceso adictivo es su tendencia a agravarse con cada ocasión de consumo. No sólo tiene lugar un deterioro progresivo en las relaciones sociales, la actividad laboral, y el funcionamiento mental, sino que el sufrimiento psíquico y el ansia adictiva que iniciaron el proceso son cada vez más intensos fuera de los estados de intoxicación. Varios autores han explicado este fenómeno como una dinámica de mantenimiento en círculo vicioso, entre ellos Rado (1933), VanDijk (1971), Wurmser (1978) y de Rivera (1980).

Se entiende por círculo vicioso o "bucle de retroalimentación positiva" a un proceso circular en el que los fenómenos producidos por determinado evento son a su vez causa de la intensificación o repetición del mismo. En ocasiones, el auto mantenimiento del proceso puede continuar indefinidamente, aunque desaparezca la causa inicial que lo puso en movimiento. La primera toma de droga incide sobre esta

base como una experiencia mágica de liberación, iniciándose así el círculo vicioso, como se puede observar en la siguiente (Figura N.3):

Figura N° 3: Mecanismo psicodinámico progresivo de Rivera.



2.2.5. Teoría 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 encuentran las siguientes características:

- Una estructura familiar desintegrada, por la falta de uno de los progenitores.
- 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.

- Un miembro de la familia alcohólico, que recae la mayor parte de las veces en la figura paterna.
- Un miembro de la familia neurótico que para satisfacer sus necesidades neuróticas necesita de la existencia de un alcohólico dentro del grupo familiar.
- 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.

Para otros autores como Macías (1988), el alcoholismo se conceptualiza como: “una alteración en el equilibrio funcional y 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 una problemática familiar particular. En el caso del alcoholismo es necesario analizar el contexto conductual dentro del cual ocurren y cuáles 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..

El juego del alcohólico, es un juego de cinco personas, aunque los papeles pueden condensarse de manera que inicie y termine en un juego de dos. Los tres papeles más 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, y 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. 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.

2.3. EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOL

El alcohol afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su ingerencia excesiva y prolongada puede provocar daño cerebral. Popularmente se cree que el alcohol incrementa la excitación, sin embargo, en realidad deprime muchos centros cerebrales. La sensación de excitación se debe precisamente a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las inhibiciones y la persona experimenta sensaciones expandidas de sociabilidad o euforia. Por eso se dice, que el alcohol "anestesia la censura interna". Sin embargo, si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros.

Fuertes cantidades de alcohol reducen el dolor y molestias corporales e inducen al sueño, y su uso continuo irrita las paredes estomacales llegando incluso a desarrollarse úlceras. Adicionalmente tiende a acumularse grasa en el hígado, interfiriendo con su funcionamiento. En alcohólicos crónicos se provocan graves trastornos cerebrales, hepáticos (cirrosis) y cardiovasculares (aumenta la presión sanguínea y con ello el riesgo de un infarto). Incluso, está demostrado que el alcohol incrementa el nivel de los triglicéridos (grasa no saturada o vegetal en las arterias) y con ello también el riesgo de un infarto.

Finalmente, como es ampliamente conocido, el alcohol provoca adicción física y dependencia psicológica.

La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una determinada cantidad de alcohol para el mantenimiento de

su propia normalidad, llegando la adicción hasta tal punto que la ausencia de la droga podría provocar una serie de trastornos de índole física y mental siendo este denominado como síndrome de abstinencia. Por lo que respecta a la dependencia psicológica, hay que atender a los efectos psicoactivos inmediatos que las bebidas alcohólicas son capaces de crear, y que fundamentalmente son de tres tipos: desinhibidores, euforizantes y ansiolíticos. La fuerte dependencia psicológica que el alcohol es capaz de crear puede ser explicada a partir de los efectos reforzantes asociados a su consumo. La dependencia psicológica estaría caracterizada por la aparición en el sujeto de un deseo incontrolable de ingerir determinadas dosis de alcohol, con el fin de experimentar de nuevo sus efectos, que pudieran resultar placenteros por si mismos -refuerzo positivo- o por el estado de evitación de situaciones y estímulos displacenteros -refuerzo negativo-.

Es un proceso complejo, en la cual también intervienen la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano, y la oferta del producto en el mercado. Cabe señalar que es este proceso psicológico el responsable de las recaídas en sujetos que habían permanecido en abstinencia durante algún tiempo, después de un tratamiento (Berjano y Musitu, 1987).

No obstante hay toda una serie de síntomas muy significativos que delatan el alcoholismo, tanto de carácter físico como psíquico. Entre todos los más importantes, se presentan los siguientes:

Síntomas psíquicos del alcoholismo:

- Necesidad de justificar el hecho de beber.

- Cambios en la conducta con la aparición de periodos violentos.
- Beber en solitario.
- Pérdida de la memoria y de la capacidad intelectual.
- Cambio de conducta.
- No poder aguantar ni un solo día sin beber.
- Descuido de alimentación.
- Descuido del aspecto personal.

Síntomas físicos del alcoholismo:

- Dolor en el vientre.
- Temblores matutinos.
- Torpeza de movimientos y de habilidades manuales.⁹

Además es importante aludir que 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 también, trastornos del sueño e insomnios crónicos, así como inhibición de fobias y temores, pudiendo todos estos cambios vincularse

⁹Drogas: Alcohol, Disponible en: <http://www.las-drogas.com>, Acceso: 18 de junio del 2012

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 los siguientes síntomas:

- 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 Súper 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 a! otro y la capacidad de empatía.

- Irresponsabilidad: ligada en algunas ocasiones a disfunciones cognitivas utilizadas como justificativos por ejemplo utilizan frases como: no puedo trabajar porque soy un enfermo alcohólico.

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, es decir la que permite razonar sobre la propia existencia de cadauno 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.

2.4. RASGOS DE PERSONALIDAD DE UN ALCOHÓLICO

Se está encontrando en estudios que el alcoholismo está altamente relacionado con comportamiento impulsivo, excitable y comportamiento que busca nuevas experiencias, y que dichos patrones son establecidos temprano en la vida, si es que

no son heredados. Las personas que sufren de trastorno de hiperactividad de déficit de atención, una enfermedad a menudo hereditaria cuyos rasgos son los mismos, corren un riesgo mayor de alcoholismo. Los niños que posteriormente se convierten en alcohólicos o que abusan las drogas tienen una mayor probabilidad de tener menos temor a las situaciones nuevas, aunque exista un riesgo de peligro. En una prueba sobre el funcionamiento mental, los alcohólicos (principalmente las mujeres) no mostraron ningún déficit de pensamiento, sin embargo, mostraron ser menos capaces de inhibir sus respuestas que los no alcohólicos.

Las personas severamente deprimidas o ansiosas presentan un riesgo mayor de desarrollar alcoholismo, tabaquismo y otras formas de adicción. El problema de alcoholismo en estos casos puede deberse a la automedicación de la ansiedad o la depresión. Debe tomarse nota de que estos trastornos de estado de ánimo son a menudo causados por el alcoholismo y pueden reducirse después de la supresión del alcohol.¹⁰

En un tiempo se pensó que una historia familiar vinculada con una personalidad pasiva y necesidades de dependencia anormales aumentaban el riesgo; sin embargo, los estudios no han soportado esta teoría

Ruiz (2001) y Cervantes (2002) concuerdan al señalar algunos rasgos y características de la personalidad del alcohólico y que de manera general se describen a continuación:

¹⁰ Drogas: Alcohol, Disponible en: <http://www.tnrelaciones.com>. Acceso: 19 de junio del 2012

- 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 sus tensiones extremas, calmando transitoriamente sus angustias para luego cristalizar en la dependencia.¹¹

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.

¹¹ Revista ANUDANDO, Consejo Estatal Contra las Adicciones del Estado de Querétaro, Año 3, Edición 17, Mayo-Junio 2002. Disponible en: www.alcoholinformate.org.mx. Acceso: 19 de junio del 2012

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

Es 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 se ha 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.

2.5. TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA EL ALCOHOLISMO: TRATAMIENTO

El tratamiento del alcoholismo tiene un importante componente psicosocial, del cual los tratamientos psicológicos constituyen el núcleo esencial. El abordaje psicológico debe tomar en consideración en primer término la motivación del paciente, y en esta línea se revisan abordajes motivacionales estructurados como las intervenciones motivacionales breves, las entrevistas motivacionales y las terapias de mejora motivacional. El tratamiento psicológico de la dependencia alcohólica ha estado, y en cierta manera, sigue estando, enormemente condicionado por multitud de factores de tipo social, clínico e incluso moral. Es quizás en el tratamiento de la dependencia alcohólica donde nos encontramos, a lo largo de los años, con una mayor cantidad de “tratamientos” de dudosa utilidad clínica y de discutible ética profesional. Sin embargo, a lo largo de los años, el tratamiento de los problemas derivados del consumo abusivo y de la dependencia alcohólica ha experimentado un notable desarrollo y un no menos importante apoyo científico al trabajo clínico.

En el tratamiento del alcoholismo es clásico describir varias fases que son las siguientes:

1. Primera fase: Se da el contacto inicial en la que es fundamental conseguir una buena relación que puede marcar, favorable o desfavorablemente, el desarrollo ulterior del tratamiento del alcoholismo.
2. Segunda fase: Se realiza el tratamiento del síndrome de abstinencia, y es más conocida aunque mal llamada fase de desintoxicación.
3. Tercera fase: Es la de consolidación y mantenimiento de la abstinencia o de deshabitación; es precisamente en esta fase cuando las técnicas psicoterapéuticas se utilizan de manera preponderante.

- **Primera fase**

El tratamiento de las personas con una adicción al alcohol empieza por el reconocimiento del problema. El alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento. La mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento. Es difícil conocer los mecanismos de defensa que han permitido seguir bebiendo a la persona con dependencia del alcohol y se requiere un enfrentamiento con la familia y personas allegadas.

Se debe convencer a la persona cuando está sobria, y no cuando está bebida o con resaca. Una vez que ha reconocido el problema, la abstinencia del alcohol es el único

tratamiento. Además se pueden dar programas de soporte, rehabilitación, seguimiento etc. También suele ser necesario el tratamiento de la familia, porque el alcoholismo crea víctimas entre la gente allegada.

- **Segunda fase**

La desintoxicación es la segunda fase del tratamiento. El alcohol es escondido bajo control. Se establece una supervisión. Se recetan tranquilizantes y sedantes para aliviar y controlar los efectos de la abstinencia.

La desintoxicación puede durar de 5 a 7 días. Es necesario el examen médico de otros problemas. Son frecuentes los problemas del hígado y otros problemas en la sangre. Es muy importante seguir una dieta con suplementos vitamínicos. Pueden aparecer complicaciones asociadas a los síntomas físicos agudos, como depresión y otros problemas que deben ser tratados.

- **Tercera fase**

Los programas de rehabilitación están para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, a mantenerse en la abstinencia de alcohol. Estos programas incluyen diversos consejos, soporte psicológico, cuidados de enfermería y cuidados médicos. La educación sobre la enfermedad del alcoholismo y sus efectos es parte de la terapia.

También hay terapias de aversión / repugnancia en las que se utilizan drogas que interfieren en el metabolismo del alcohol y producen efectos muy desagradables, aún cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento.

Esta terapia no se utiliza en mujeres embarazadas ni en personas con otras enfermedades. Este tipo de terapia debe ser utilizada con consejos de soporte y su efectividad varía en cada caso.¹²

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

¹² Alcoholismo: Tratamiento, 2006, Disponible en: <http://www.portalcantabria.es/Psicologia/>, Acceso: 19 de junio del 2012

adquiriendo, progresivamente, la capacidad de resolver los conflictos que surgen en el proceso curativo.

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

No obstante la hospitalización debe ser considerada un recurso cuando únicamente la persona presente los siguientes síntomas, tal como lo describe Velásquez (2004):

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

Se entiende por tratamiento ambulatorio aquellas intervenciones en las cuales los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Existen modalidades donde las intervenciones se extienden por varias horas al día (modalidades matinales o vespertinas), y otras donde las personas permanecen hasta doce horas en el tratamiento y que se conocen como hospitalización de día.

Otras intervenciones están diseñadas para que los pacientes asistan solamente unas horas al día o a la semana, por lo tanto les permiten permanecer más tiempo en sus casas y oficios, o iniciar la búsqueda de trabajo o de estudio.

Dadas las características de las intervenciones ambulatorias éstas son de bajo costo y de fácil acceso, ya que las personas no se ven obligadas a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios. Además, el paciente está en permanente interacción con el medio y su familia (si la hubiere), características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no sólo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias que se originan de las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia. Desde esta perspectiva el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo, en la medida que éste permanece en él.

Un programa ambulatorio debe permitir que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas. Para cumplir con esta finalidad las estrategias de tratamiento deben prestar asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual y de familia, estrategias de control del consumo y de trabajo grupal.

Las etapas que conforman un programa de tratamiento ambulatorio son las siguientes:

- Recepción del paciente

Esta es la etapa de información y primer contacto con el paciente. Sirve como fase de selección, actuando como un primer filtro.

Se entrega al paciente la información precisa sobre las características y objetivos del programa indicando, además, los criterios de ingreso al tratamiento.

Se toman datos y antecedentes que proporciona el paciente. En los casos que corresponda, se deriva al paciente a otras unidades de desintoxicación hospitalarias o a otras instituciones. Se hace el encuadre terapéutico.

- Proceso de Evaluación

Se debe conocer al paciente desde diferentes puntos de vista, esto permite que las acciones terapéuticas den respuesta a las necesidades particulares de cada individuo y no sean solamente un proceso estereotipado de intervención.

Cada uno de los profesionales realiza una evaluación y desde su perspectiva propone una intervención específica para cada paciente o familia.

Independientemente del tipo de tratamiento que se utilice, los distintos enfoques teóricos proponen técnicas siendo éstas de gran utilidad y eficacia, que serán mencionadas a continuación:

2.5.1. Terapia cognitiva

Están destinadas a modificar las creencias y pensamientos erróneos que los pacientes alcohólicos poseen acerca del consumo de alcohol y/o alcoholismo. Dentro de éstas hay que distinguir varias técnicas.

- **Terapias Motivacionales**

La Terapia motivacional de Miller y Rollnick¹³ es una intervención sistematizada, destinada a provocar un cambio en los pacientes con problemas de alcohol; está basada en los principios de la psicología motivacional (las personas cambian sólo si tienen suficiente motivación; hay dos tipos de motivación, interna y externa) y en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente¹⁴ según el cual la persona pasa por diferentes fases hasta alcanzar el cambio. Las terapias motivacionales tienen una serie de elementos comunes:

- **DAR FEEDBACK:** mostrar los resultados y ponerlos en relación con el consumo de alcohol, o bien reafirmar la favorable evolución.
- **RESPONSABILIDAD:** mostrar que es el paciente quien tiene que tomar la decisión de cambiar y debe elegir las posibilidades de intervención. Esto evita los abandonos.
- **ADVERTENCIA:** señalar los problemas y razones para el cambio y dar recomendaciones de cómo hacerlo; señalar los peligros y riesgos de la abstinencia y advertir al paciente de las consecuencias sin embargo debe ser con optimismo; magnificar las excelencias del cambio.
- **MENU DE POSIBILIDADES:** ofrecer varias alternativas para conseguir la abstinencia. **EMPATÍA:** dar apoyo, atención, simpatía; todo lo contrario de confrontación, suspicacia, actitud directiva;
- **AUTOEFICACIA:** mostrar optimismo sobre las posibilidades del cambio.

Entre las terapias motivacionales hay que destacar dos:

1. Terapia para incrementar la motivación.

¹³ Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guilford Press; 1991.

¹⁴ Prochaska JO, Di Clemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller, Heather, editores. Treating addictive behaviors: Process of change. New York: Plenum; 1986. p. 3-27.

Estos consisten en estimular al paciente para modificar el consumo de alcohol, y promover un cambio en él. Los autores mencionados¹⁵ han descrito 5 principios básicos que subyacen en este tipo de intervención:

- ✓ Expresar empatía que se traduce en respeto y comprensión.
- ✓ Escuchar más que hablar y persuasión sutil.
- ✓ Desarrollar discrepancia: con el fin de adquirir conciencia de su enfermedad, explorar los pros y contras de su conducta.

Miller utiliza la paradoja; El objetivo es romper la ambivalencia. Evitar discusiones: hay que evitar la confrontación con el paciente; aunque la negación es uno de los mecanismos más característicos del alcoholismo, con frecuencia es más consecuencia del terapeuta que del propio enfermo; hay que evitar diagnósticos o etiquetas, tales como alcoholismo. Seguir la resistencia: tanto la ambivalencia como la negación hay

que asumirlos como normales; sin embargo se pueden atacar mediante algunas estrategias como las paradojas, reformulando las consecuencias y permitiendo que el paciente tenga toda la libertad para cambiar.

- ✓ Promover confianza: las personas sólo cambian si creen que pueden tener éxito en el cambio; pensar esto no es pecar de optimismo y puede ser útil explorar como éstas tuvieron éxito en el pasado en otras áreas.¹⁶

¹⁵ Di Clemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Res Health 1999; 23: 86-92.

¹⁶ Miller WR. Increasing motivación for change. En: Hester RK, Miller WR editores. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon; 1995. p. 89-104.

Es un modelo de intervención breve pues se desarrolla en 4 sesiones. Después de la sesión de valoración inicial, en la primera sesión se le exponen los resultados hallados en la evaluación y que son consecuencia directa del consumo de alcohol, por lo que es necesario reducir o eliminar el consumo del mismo. Una semana más tarde, en la segunda sesión, se evalúan los resultados conseguidos y se estimula la motivación del paciente; en las dos sesiones siguientes, distanciadas entre sí seis semanas, y luego se continúa con la evaluación de los resultados en la que se estimula al paciente a continuar en la misma dirección.

2. Intervenciones breves

Un problema muy frecuente entre las personas que presentan problemas derivados del consumo excesivo de alcohol o que constituyen población de riesgo es el bajo porcentaje de estos que acude a un servicio solicitando ayuda. Una solución a estas dificultades es la intervención en atención primaria; así se han desarrollado en los últimos años diversos modelos de intervención breve.

Las intervenciones breves son útiles para derivar los pacientes a un centro de tratamiento específico, para reducir el consumo de alcohol en sujetos de riesgo, en personas jóvenes que no se han planteado la abstinencia como objetivo y cuando la accesibilidad a un tratamiento específico es difícil o cuando éste no existe.

Este tipo de estrategias se realiza entre 1 y 4 sesiones y requieren de 30 a 60 minutos. La intervención breve se inicia con una evaluación global del paciente y del consumo de alcohol mediante una entrevista estructurada, cuestionarios, y pruebas biológicas; después se presentan los hallazgos de la evaluación de una manera neutra, objetiva,

clarificando los hallazgos y solicitando opinión o parecer al paciente. Posteriormente se da consejo respecto al consumo de alcohol o se pacta con él el nivel de consumo.

En las intervenciones breves se suele dar material de apoyo acerca de la enfermedad y sus consecuencias.

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)
- 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 auto observación, autoevaluación y auto refuerzo/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.

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° 6: Ejemplo del análisis 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 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 acerca 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 estas 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.

- Reestructuración cognitiva (resgrieto 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 su 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° 7: Reestructuración Cognitiva

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

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.

2.5.2. Terapia conductual

Es el tratamiento de exposición a estímulos. Se basa en la teoría del condicionamiento clásico según la cual diversos estímulos del entorno del paciente alcohólico como olores, lugares, personas y situaciones, asociados todos al consumo de alcohol pueden despertar deseos en el futuro, aunque la naturaleza exacta de esta respuesta no se conoce pues puede ser que esté condicionado el efecto placentero o los síntomas de abstinencia. Por otra parte, la teoría del aprendizaje social sugiere que estímulos relacionados con el alcohol pueden anular las estrategias de enfrentamiento y sus propias creencias, de modo que el sujeto no las utilice y recaiga. Así pues, la presentación repetida de un estímulo asociado al consumo de alcohol ante un paciente, evitando la respuesta, puede que extinga las respuestas condicionadas; por otra parte, el aprendizaje de estrategias de enfrentamiento ante situaciones en las que el alcohol está presente genera confianza y sentimientos de control en la persona.

Esta terapia tiene como objetivos los siguientes: enseñar a identificar las situaciones de alto riesgo; exponer al paciente a esos estímulos hasta que desaparezca el deseo por el alcohol; aprender estrategias cognitivas y de conducta para resolver adecuadamente las situaciones de alto riesgo.

Esta técnica se realiza entre 6 a 10 sesiones y existen varias fórmulas. Se puede utilizar esta técnica para controlar el consumo de alcohol o en contextos de abstinencia. Antes de iniciar el tratamiento se realizan 2 valoraciones:

- Valoración de las respuestas al estímulo

- Valoración de las situaciones que despiertan deseo.

Después se presenta una bebida alcohólica y se pide que la huela (1-5 min.) y ver tipo de respuestas; luego imaginar situaciones de alto riesgo y aprender estrategias como diferir el consumo; pensar en las consecuencias negativas, en los efectos positivos del no consumo y en actividades placenteras, y finalmente utilizar consumos alternativos.¹⁷

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.

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

- Tratamiento Aversivo

Existen diferentes métodos:

1. Aversión mediante la provocación de náuseas con Litio, emetina, apomorfina
2. Aversión provocada por shock eléctrico
3. Aversión por parálisis respiratoria
4. Sensibilización encubierta que consiste en provocar náuseas mediante imágenes u olores desagradables ante la presencia de alcohol. Debido a que este procedimiento es incruento, no es costoso y más fácilmente utilizable en régimen ambulatorio.

¹⁷ Monti PM, Rohsenow DJ, Colby SM, Abrams DB. Coping and social skills training. En: Hester RK, Miller WR, editores. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon; 1995. p. 221-241

Es una terapia breve que se puede desarrollar entre 2 a 6 sesiones; se trata de provocar náuseas mediante A. valérico, mientras el paciente imagina escenas de consumo de alcohol. Antes de la sesión conviene comprobar que el paciente no ha consumido alcohol.¹⁸

- Contratos De Contingencias

Es una estrategia destinada a estimular el cambio de conducta mediante la concesión de recompensas si el paciente cumple los objetivos del tratamiento o por el contrario se emplean medidas punitivas si el paciente desarrolla una conducta no deseada.

Esta técnica se basa en el condicionamiento operante, según el cual, el consumo de alcohol es una conducta que se mantiene por los efectos bioquímicos reforzantes del alcohol y por las influencias ambientales reforzantes. Por otra parte, estudios animales han demostrado que la mayor disponibilidad de otras fuentes gratificantes, diferentes al alcohol, disminuyen el consumo y que pérdidas directas o indirectas, relacionadas con el consumo de alcohol, disminuyen el consumo del mismo. Así pues, modificando las circunstancias ambientales que supongan un refuerzo positivo o negativo se puede modificar la conducta alcohólica y facilitar el cambio de la misma.

El objetivo es el cambio de la conducta alcohólica y conseguir la abstinencia; en segundo lugar, cumplir con el tratamiento y atender a las consultas establecidas.

Normalmente el desarrollo de esta técnica se realiza mediante la formulación de un contrato en el que se especifica el cambio de conducta deseado, la duración del tratamiento, el tipo de monitorización y control que se va a realizar (determinaciones

¹⁸ Rimmele CT, Howard MO, Hilfrink ML. Aversion Therapies. En: Hester RK, Miller WR, editores. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon; 1995. p. 134-147.

de alcohol en el aparato respiratorio o sangre, etc.) y tipo de premios y/o castigos que se establecerán.¹⁹

- Terapia de Refuerzo Comunitario (Cra) (23, 24).

Consiste en dar incentivos a los pacientes alcohólicos para que dejen el mismo y consigan pronta recuperación, mediante el aprovechamiento de los recursos sociales, familiares, de empleo y diversión; como hace mucho hincapié en los aspectos sociales, es muy útil en pacientes con el mayor grado de exclusión social, minorías étnicas, etc. Es un programa terapéutico de amplio espectro y además es compatible con cualquier otro tipo de intervención.

Los objetivos principales son eliminar los efectos reforzantes del alcohol e incrementar los efectos reforzantes de la sobriedad; es decir, aspira a modificar las conductas desadaptativas propiciadas por el alcoholismo, además de conseguir la abstinencia, y mantener la integración social, también fomentar el desarrollo de actividades placenteras, todo ello mediante técnicas de aprendizaje.

Las diferentes estrategias que suelen utilizarse son:

- ✓ Análisis funcional: Consiste en valorar los antecedentes del consumo de

alcohol (antecedentes externos: con quien, donde, cuando, y antecedentes internos: pensamientos y sentimientos previos al consumo), desarrollo del consumo y

¹⁹ Higgins ST, Petry NM. Contingency management. Incentives for sobriety. Alcohol Res Health 1999; 23: 122-127.

consecuencias del mismo. El segundo paso es realizar un análisis funcional de las actividades recreativas realizadas sin alcohol.

✓ Pactar un periodo de abstinencia: permite fomentar una buena relación,

establecer objetivos conjuntamente, experimentar la sobriedad, aprender a controlarse y ganar confianza para aprender nuevos hábitos.

✓ Utilizar Disulfiran: presenta ventajas como ganar confianza, disminuir las disputas en la familia, reducir los deslices, reducción de decisiones complicadas, e incremento de terapia.

✓ Establecer un plan terapéutico a largo plazo.

✓ Incrementar los refuerzos positivos: buscar actividades de ocio.

✓ Entrenamiento en habilidades básicas: habilidades de comunicación, solución de problemas, y habilidades para rechazar el alcohol.

✓ Implicación de la familia

2.5.3. 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 silo 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, y 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 de 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, caso contrario, 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.

2.5.4. Terapia Familiar

Es común comprobar que la dependencia del alcohol provoca conflictos de pareja y situaciones familiares complicadas como discusiones, aparición de celos, separación, divorcio, violencia y agresividad. Por otra parte la familia juega un papel importante en el inicio y mantenimiento de esta enfermedad; las relaciones deterioradas de pareja pueden mantener el consumo de alcohol pues éste puede tener funciones adaptativas, como facilitar la expresión de sentimientos o el contacto interpersonal; en la abstinencia, los conflictos pueden persistir y pueden precipitar una recaída.

En el momento actual el modelo teórico de abordaje de la familia que predomina es el modelo sistémico que pone el énfasis en las interacciones familiares habiéndose acuñado el concepto de “Familia Alcohólica.

Según Steinglass y Cols.²⁰ la conducta alcohólica puede tener dos funciones: siendo la primera la señal de alarma de un mal funcionamiento familiar; y la segunda puede tener una función organizadora del sistema familiar y favorecer el mantenimiento del mismo como unidad. En cualquier caso, ambos factores pueden suponer una dificultad añadida para la extinción de la conducta alcohólica. A corto plazo, el consumo de alcohol puede tener una función adaptadora en la familia que refuerza el mantenimiento de esa conducta. Posteriormente, el consumo de alcohol, probablemente con matices de dependencia alcohólica, se integra en el sistema familiar afectando a los rituales, solución de problemas y otras conductas específicas

²⁰ Steinglass P, Bennet LA, Wolin SJ, Reiss D. La Familia alcohólica. Barcelona: Gedisa Editorial; 1989.

de la familia; en este momento la familia busca y pone en marcha mecanismos de afrontamiento que comprometen su propio crecimiento y desarrollo.

De manera unánime múltiples estudios señalan que es positiva la participación de la familia en el tratamiento del alcoholismo: hay un mejor cumplimiento terapéutico, la evolución es más favorable y, en el seguimiento, las familias “abstinentes” funcionan mejor que las familias de los pacientes alcohólicos que han recaído.²¹

Después de unas sesiones de valoración, tanto de la dependencia como de las relaciones matrimoniales (nivel de satisfacción, de comunicación, sexualidad, cambios deseados) y en las que pueden surgir algunos inconvenientes como acudir a la sesión bajo los efectos del alcohol, riesgo de violencia o situación de crisis familiar, comienza la terapia que se desarrolla a lo largo de 10-20 sesiones, perfectamente estructuradas. Las primeras sesiones se centran en la reducción y abstinencia del alcohol mediante

el establecimiento de un compromiso en el que se especifican las tareas que cada miembro de la pareja/familia debe realizar, la posibilidad de tomar aversivos del alcohol bajo la supervisión de la familia. Una vez conseguida la abstinencia las sesiones se centran en las relaciones matrimoniales, marcadas por el resentimiento y miedo al futuro en la esposa y culpa y deseo de reconocimiento en el paciente, que pueden ocasionar tensión; para ello es necesario incrementar los intercambios positivos (realizar actividades pensando en la otra persona, planificar actividades recreativas conjuntamente, introducir objetos y acontecimientos de significado especial para la pareja) y resolver los conflictos y problemas mediante el

²¹ Mc Crady BS. Outcomes of family-involved alcoholism treatment. En: Galanter M, editor. *Recent Dev Alcohol* 1989; 7: 165-182.

entrenamiento en habilidades de comunicación, resolución de problemas y cambios de conducta.²²

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.

2.5.5. Terapia de Grupo

Para muchos autores la terapia de grupo es el método de elección en el tratamiento del alcoholismo; sin embargo, no existe una técnica específicamente diseñada para el tratamiento de esta enfermedad, más bien existen múltiples orientaciones teóricas, de manera que podemos afirmar que cada autor dispone de su propia técnica; así hay terapias de grupo de orientación dinámica, psicodrama, terapia emocional correctiva de Ellis, psicodrama, cognitiva-conductual (muchas de las técnicas explicadas anteriormente pueden realizarse en grupo) y grupos de discusión. La terapia de grupo puede ser una experiencia de apoyo, terapéutica y formativa o educativa que puede motivar y mantener a los pacientes en abstinencia. Los factores terapéuticos que intervienen son: identificación, comprensión de la influencia que el consumo de alcohol tiene en su vida, comprensión de sus reacciones y de los demás y aprendizaje en la

comunicación de sentimientos. Es difícil hacer una sistematización de las diferentes técnicas grupales por lo que voy a referirme a nuestra experiencia en este tipo de

²² O' Farrell TJ. Marital and family therapy. En: Hester RK, Miller WR, editores. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon; 1995. p. 195-220.

técnicas, que en algunos sentidos es diferente a todo lo reseñado anteriormente y que se denomina Terapia de Grupo Familiar.

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

- ✓ Estabilizar las abstinencias pasajeras.
- ✓ Durante la sesión de psicoterapia los pacientes deben estar sobrios.
- ✓ Integrar los familiares al tratamiento.
- ✓ Crear conciencia clara de la enfermedad.
- ✓ Motivar la auto sinceridad del paciente.
- ✓ Prepararlo para su vida posterior en una sociedad alcohólica.
- ✓ Prevenir dificultades familiares y laborales.
- ✓ Convertir al paciente en enfermo abstinentemente permanente.
- ✓ Convertir su abstinencia represiva en acción liberadora.²³

2.5.6. Grupo de Autoayuda

Los grupos de alcohólicos anónimos fueron fundados en 1935 en Akron (Ohio) por Willian (Bill) Wilson y Roberg Smith, con el objetivo de ayudar en la recuperación de las personas con esta enfermedad; desde entonces han surgido diferentes grupos con algunas peculiaridades que les diferencian como La Sociedad del Cáliz, Recuperación Racional, Organización para la Sobriedad, Mujeres para la Sobriedad y Alcohólicos Rehabilitados en España. El interés que se ha despertado, en los últimos años, por estos grupos es debido a la presión por reducir costes en este campo y a la eficacia obtenida.

²³ Avila JJ, Lozano M. Terapia de grupo en el tratamiento del alcoholismo. Rev Esp Drogodep 1989; 14: 3-8.

La dependencia del alcohol es una enfermedad con componentes espirituales, emocionales y físicos y que puede ser detenida, pero no curada. El objetivo que se desea lograr con esta técnica es conseguir la abstinencia aceptando que es una enfermedad crónica y progresiva; que las personas poseen una incapacidad para controlar el consumo de alcohol y que la abstinencia absoluta es la única alternativa; para ello es necesario saber que se necesita la ayuda de un poder superior y que se tienen más posibilidades de éxito si se sigue el camino de AA.AA.

Todos los grupos de autoayuda surgen cuando uno o varios pacientes con dependencia del alcohol encontraron que los recursos existentes eran inadecuados a sus necesidades. Todos organizan reuniones con diferentes modelos o formatos; el desarrollo y dirección de la reunión varía ampliamente entre los diferentes grupos, además todos editan publicaciones periódicas.

Una parte muy importante de los grupos es la ayuda del compañero o padrino; éste más veterano ayuda y comparte su experiencia con las personas más jóvenes.

2.5.7. 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.

- 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 aquellos 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.
- Ludoterapia: esta 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. Su objetivo no solo 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, se considera 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 se puede decir 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.

2.6. CONCLUSIÓN

Al tener el alcoholismo una extensa etiología, así mismo debería tener una intervención de tipo múltiple, es decir tratar de no solo enfocarse en el individuo; sino también que integre de manera activa a su familia, a su entorno y a todo lo que con dicho paciente se vincule.

Aunque en la actualidad disponemos de múltiples modelos de intervención y de diversas técnicas que han probado su eficacia en condiciones experimentales, a los clínicos les queda la asignatura pendiente de identificar qué tratamientos serán más eficaces en qué pacientes.

En la actualidad las técnicas psicológicas constituyen la base fundamental del tratamiento del alcoholismo, y entre ellas las técnicas grupales han sido las que mayor reconocimiento y éxito han tenido, aunque poseemos mayores conocimientos

biológicos acerca de la dependencia del alcohol que han permitido la utilización de mayor número de psicofármacos para su tratamiento.

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. Además se puede afirmar 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.

CAPITULO III

ANALISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

3.1. INTRODUCCIÓN

El análisis de datos de los instrumentos estadísticos aplicados tiene como objetivo determinar el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes en estudio; para ello se utilizan los análisis descriptivo y exploratorio, es decir el primero hace relación a observar el comportamiento de la muestra en estudio, a través de tablas, gráficos e interpretaciones; y el segundo análisis se refiere a un análisis exploratorio a partir de un conocimiento profundo y creciente de los datos para llegar a un modelo ajustado de datos. Hay que considerar que para ello se utiliza el programa de cálculo Excel debido a que es una de las mas importantes herramientas que cuenta con amplias capacidades gráficas, sin embargo también fue necesario apoyarse en el programa estadístico SPSS, para la tabulación y generación de tablas.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. Población y Muestra

El universo considerado son los estudiantes del Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri” de la Parroquia Llacao, siendo este fiscal, mixto, con una población estudiantil de 186 alumnos distribuidos en cuatro cursos de educación básica y tres cursos de bachillerato desde el mes de septiembre del 2011. Por lo que luego de obtener la autorización de la institución educativa se identificó a hombres y mujeres en tres cursos de educación básica y tres cursos de bachillerato.

Luego a los 186 alumnos presentados, se les otorgó el consentimiento informado, sin embargo solo 115 de ellos presentaron la autorización por sus representantes. Posteriormente, cumpliendo con el cronograma de actividades, al momento de aplicar los test AUDI y CAGE, sólo se trabajó con una muestra de 107 estudiantes, por motivos de que 9 se retiraron del colegio, mientras otro falleció. (Ver Anexo N° 1, 2 y 3)

3.2.2. Materiales

En este trabajo de grado se utilizarán instrumentos de diagnóstico cuantitativos con el fin de lograr una investigación más compleja del nivel de consumo de los estudiantes en estudio. Para ello se recurrió a dos respectivos instrumentos ampliamente utilizados que cumplen con todos los criterios de validación requeridos en este estudio, a continuación se detalla cada uno de ellos:

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.²⁴

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad y frecuencia), de la 4 a la 6 se refieren al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 tiene relación con reacciones adversas y las dos últimas con 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 es de 0 a 40.

Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si ésta se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial. Cabe recalcar que la valoración del test es distinta para hombres y mujeres. Siendo determinada de la siguiente manera:

- **Hombres:**

Puntuación total de 0 a 7 puntos: No tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 8-12 puntos es una persona que está empezando a abusar del alcohol.

Puntuación total de 13-40 puntos: tiene un problema serio con el alcohol.

²⁴ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

- **Mujeres:**

Puntuación total de 0 a 5 puntos: No tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 6-12 puntos: es una persona que está empezando a abusar del alcohol.

Puntuación total de 13-40 puntos: tiene un problema serio con el alcohol.²⁵

TEST CAGE

Este Cuestionario tuvo su origen en un estudio llevado a cabo en el Nort Carolina Memorial Hospital en 1968 y fue dado a conocer por Ewing y Rouse en una Conferencia Internacional sobre Alcoholismo en Sydney en 1970. En 1984, Ewing publicó un artículo donde aclaraba ciertas controversias sobre el origen del cuestionario y sobre su utilización.

Fue diseñado para screening de alcoholismo. Su nombre hace referencia a las preguntas que lo componen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener.

Se trata de un Cuestionario autoadministrado de 4 preguntas, que pueden presentarse juntas o "camufladas" en el contexto de una entrevista más amplia para evitar el posible rechazo por parte del entrevistado. Según el autor se trata de un test de screening para detección de alcoholismo, aunque el diagnóstico del mismo debería basarse en otras pruebas también.

²⁵ Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.

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.

Por lo tanto, es necesario enfatizar que se utilizan estos dos instrumentos, el AUDIT para evaluar el nivel de consumo y el CAGE para la dependencia alcohólica, debido a que el objetivo de esta primera parte de este trabajo de grado se enfoca en evaluar el nivel del consumo de alcohol en los estudiantes.

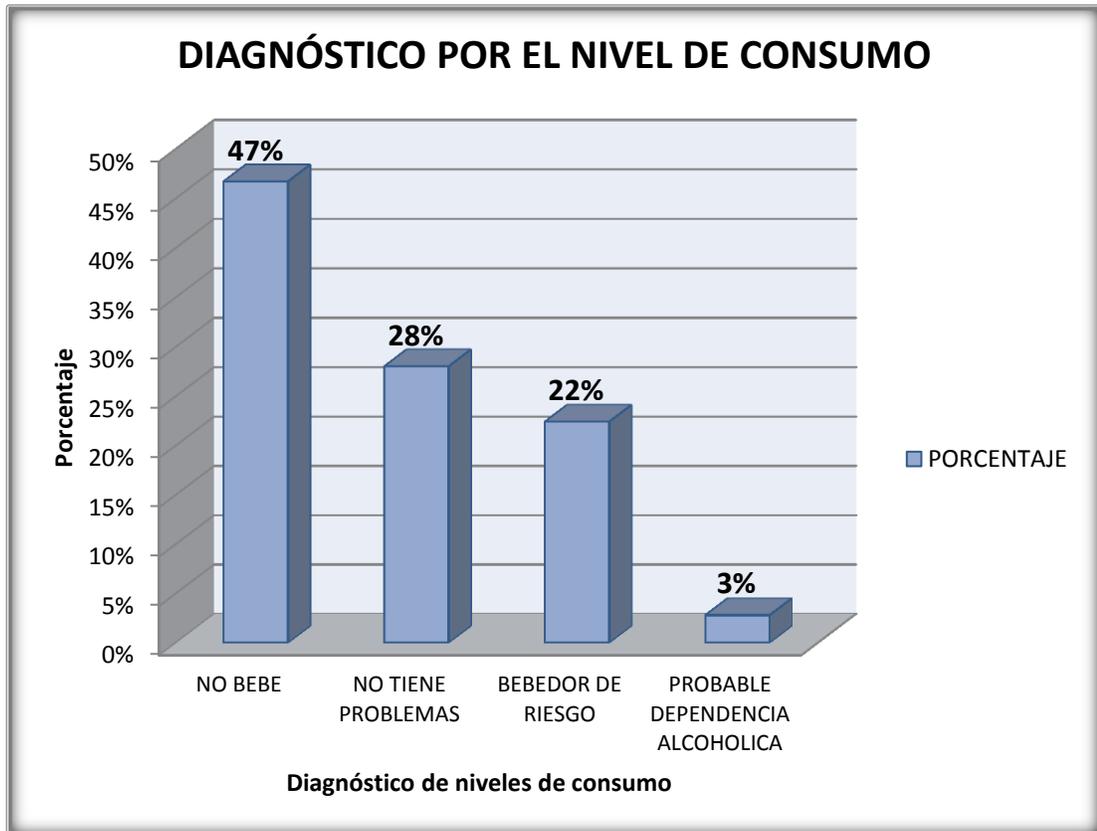
3.3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Análisis según el cuestionario: AUDIT

Tabla N° 8: Niveles de consumo

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
No bebe	50	47%
No tiene problemas	30	28%
Bebedor de riesgo	24	22%
Probable dependencia alcohólica	3	3%
TOTAL	107	100%

Figura N° 4

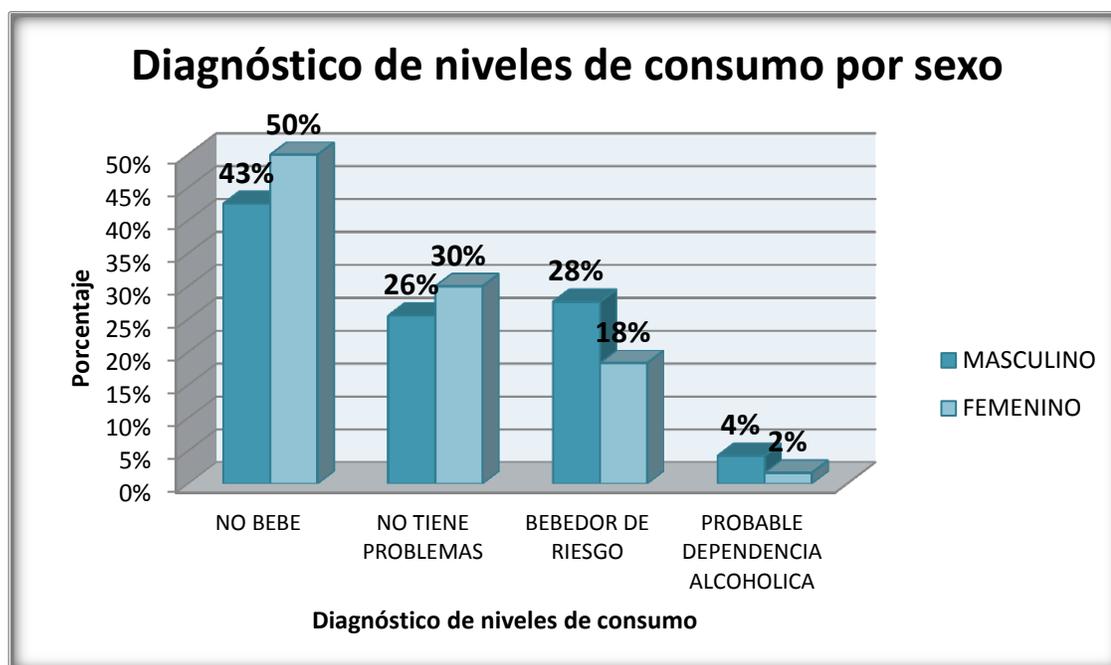


Interpretación: A pesar de que la mayoría de los estudiantes correspondiente al 47% de los encuestados no beben, el consumo de riesgo no deja de ser alarmante que corresponde al 22%, y un 3% que tienen probable dependencia alcohólica.

Tabla N° 9: Niveles de consumo por sexo

OPCIONES	SEXO				Total
	Masculino		Femenino		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No bebe	20	43%	30	50%	50
No tiene problemas	12	26%	18	30%	30
Bebedor de riesgo	13	28%	11	18%	24
Probable dependencia alcoholica	2	4%	1	2%	3
TOTAL	47	100%	60	100%	107

Figura N° 5

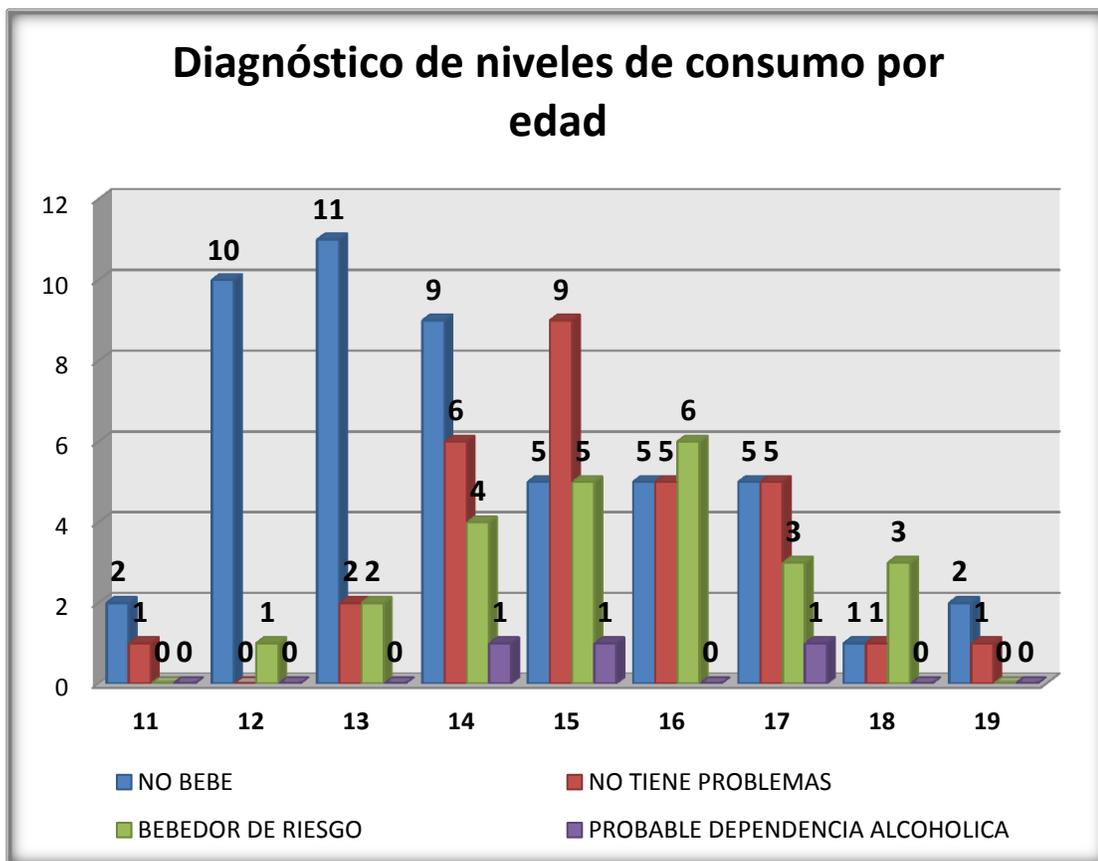


Interpretación: En el sexo masculino recae el mayor porcentaje en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas, estando representado en un 28% de consumo peligroso que se obtuvo en esta primera etapa de diagnóstico, en comparación con el 18% obtenido por el sexo femenino. Según la razón estadística existe el 4% de los estudiantes de sexo masculino que presentan tener probable dependencia alcohólica, mientras que el 2% de sexo femenino presentan esta dependencia alcohólica. Y en cuanto a los estudiantes que consumen alcohol, sin embargo no tienen problemas representa el 26% el sexo masculino y el 30% el sexo femenino.

Tabla N° 10: Niveles de consumo por edad

	EIDADES									
OPCIONES	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
No bebe	2	10	11	9	5	5	5	1	2	50
No tiene problemas	1	0	2	6	9	5	5	1	1	30
Bebedor de riesgo	0	1	2	4	5	6	3	3	0	24
Probable dependencia alcohólica	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
TOTAL	3	11	15	20	20	16	14	5	3	107

Figura N° 6

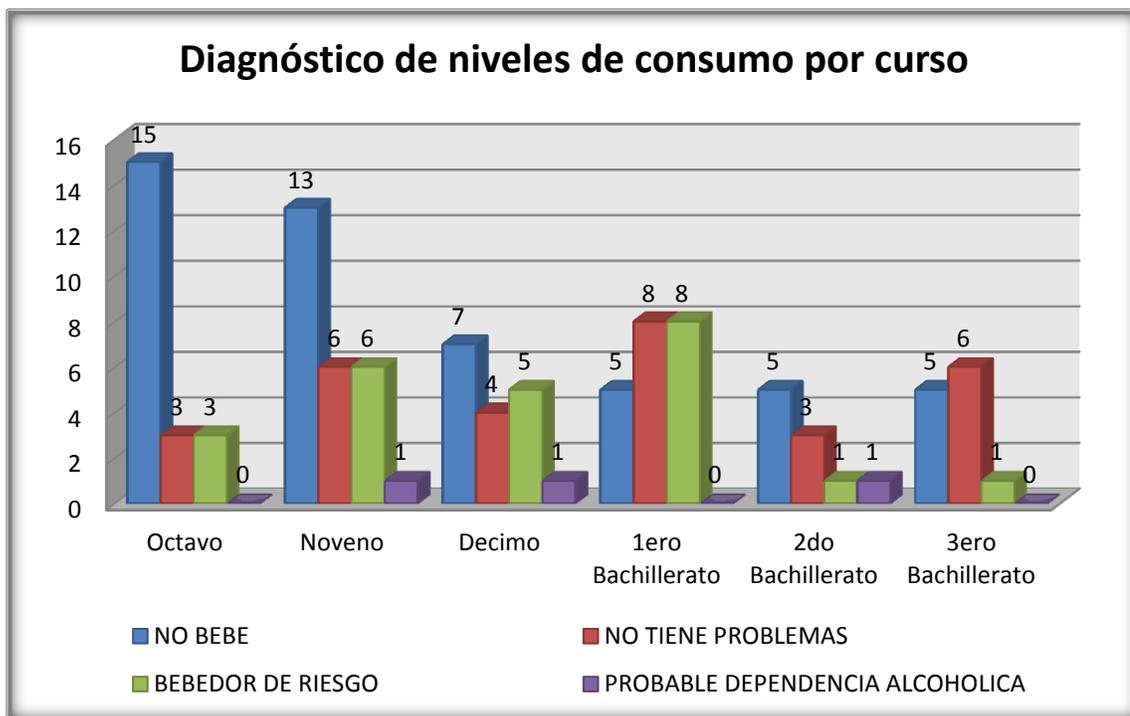


Interpretación: Se hace evidente que el grupo más vulnerable a presentar problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas lo conforman las personas con edades comprendidas entre 14 y 16 años, quienes presentan un mayor porcentaje de consumo en riesgo. No obstante cabe señalar que los jóvenes que se encuentran entre las edades comprendidas entre los 14 y 17 años, presentan probable dependencia alcohólica.

Tabla N° 11: Niveles de consumo por curso

	CURSO						
OPCIONE S	Octav o	Noven o	Décim o	1ero bachillera to	2do bachillerat o	3ero bachillera to	Tota l
No bebe	15	13	7	5	5	5	50
No tiene problemas	3	6	4	8	3	6	30
Bebedor de riesgo	3	6	5	8	1	1	24
Probable dependenc ia alcoholica	0	1	1	0	1	0	3
TOTAL	21	26	17	21	10	12	107

Figura N° 7



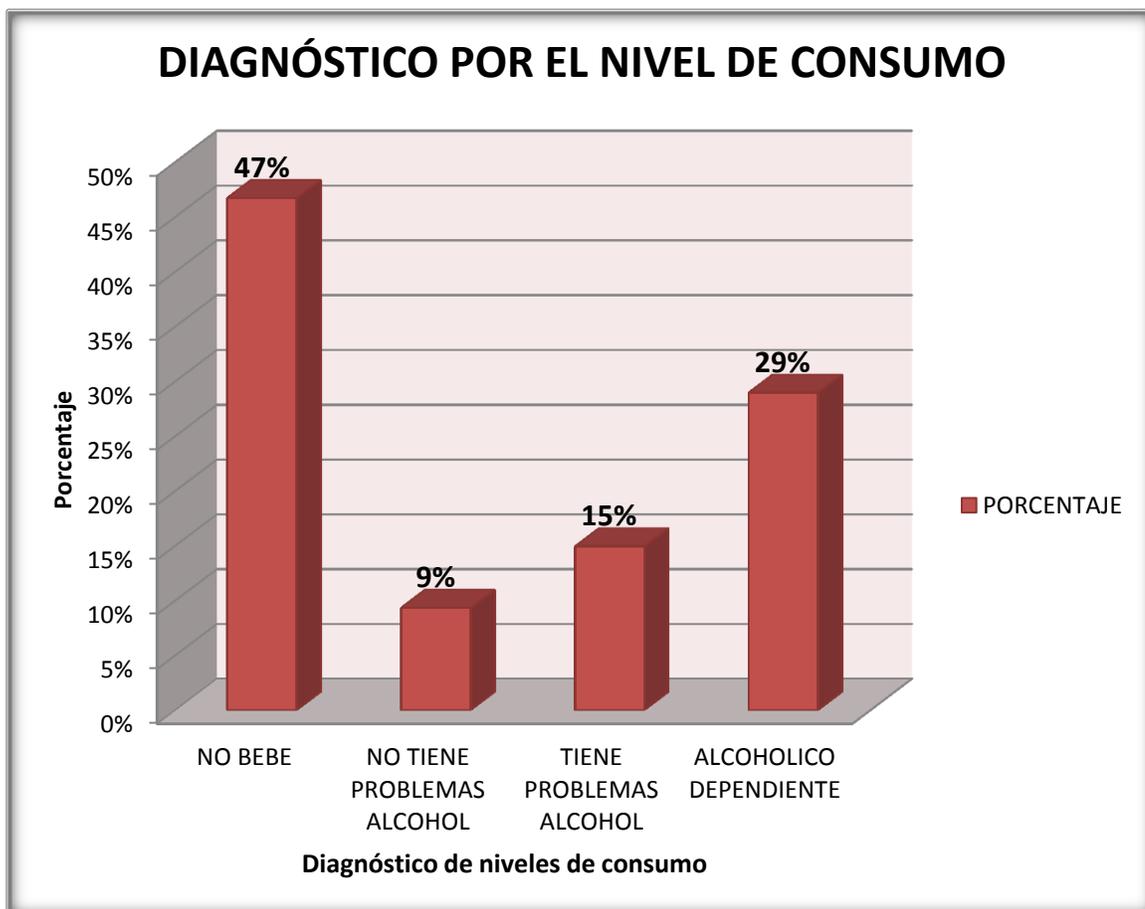
Interpretación: El gráfico evidencia que el consumo en riesgo de bebidas alcohólicas se sitúa en mayor proporción en el primero de bachillerato siendo 8 estudiantes que se encuentran en bebedor de riesgo, mientras que 8 consumen, sin embargo no tienen problemas y la probable dependencia alcohólica se encuentran en noveno, décimo y segundo bachillerato, encontrándose un estudiante en cada curso de estos mencionados.

Análisis según el cuestionario: CAGE

Tabla N° 12: Niveles de consumo

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
No bebe	50	47%
No tiene problemas alcohol	10	9%
Tiene problemas alcohol	16	15%
Alcoholico dependiente	31	29%
TOTAL	107	100%

Figura N° 8

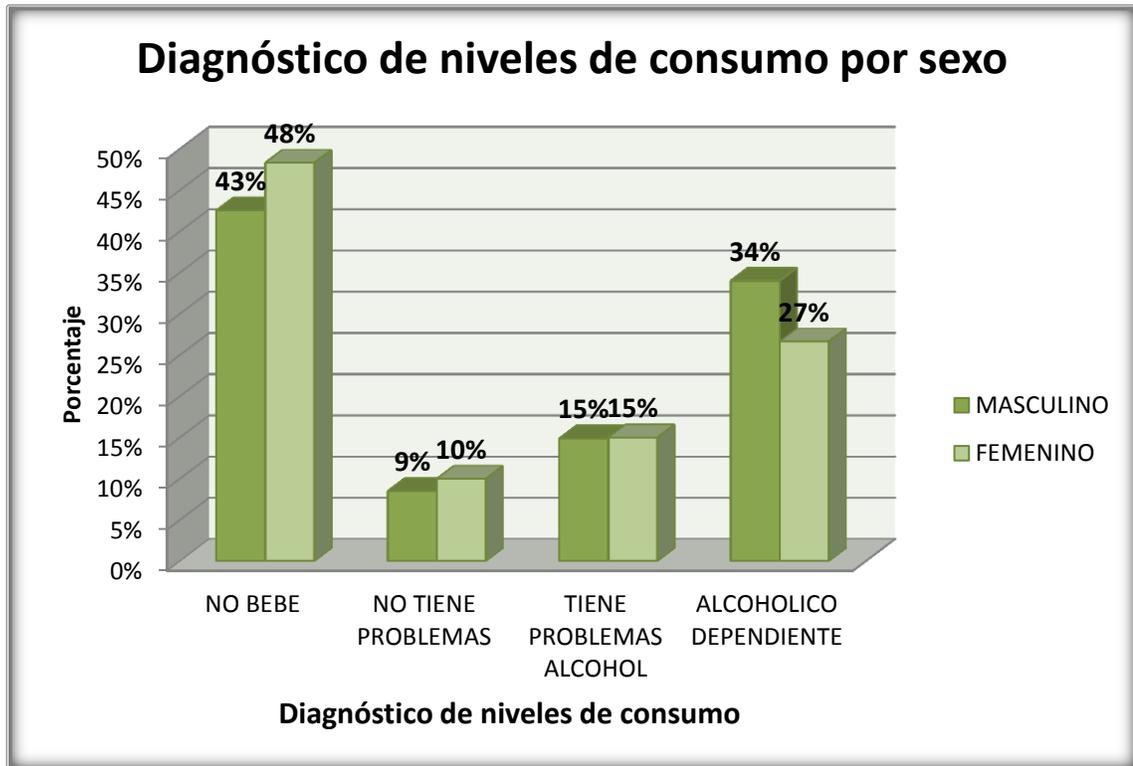


Interpretación: A pesar de que la mayoría de los estudiantes correspondiente al 47% de los encuestados no beben, los estudiantes que presentan problemas de alcohol no deja de ser importante para el análisis correspondiente al 15% y un 29% que presentan que es un alcohólico dependiente.

Tabla N° 13: Niveles de consumo por sexo

OPCIONES	SEXO				Total
	Masculino		Femenino		
	Frecuenci a	Porcentaj e	Frecuenci a	Porcentaj e	
No bebe	20	43%	29	48%	49
No tiene problemas	4	9%	6	10%	10
Tiene problemas alcohol	7	15%	9	15%	16
Alcoholico dependiente	16	34%	16	27%	32
TOTAL	47	100%	60	100%	107

Figura N° 9



Interpretación: Tanto en el sexo masculino y femenino recaen con el mayor porcentaje en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas, estando representado en un 15% los estudiantes de ambos sexos que tienen problemas de alcohol, y en un alto porcentaje correspondiente al 34% de sexo masculino presentan ser alcohólicos dependientes, mientras que el 27% de sexo femenino. Por lo que se debe tomar acciones inmediatas para controlar este consumo excesivo de bebidas alcohólicas, presentándose en el gráfico mayores frecuencias de porcentajes en este rango.

Tabla N° 14: Niveles de consumo por edad

	EDAD									
OPCIONES	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
No bebe	2	10	10	7	7	5	6	1	2	50
No tiene problemas	0	1	2	1	3	1	1	1	0	10
Tiene problemas alcohol	0	0	1	4	1	4	4	1	1	16
Alcoholico dependiente	1	0	0	6	12	6	4	2	0	31
TOTAL	3	11	13	18	23	16	15	5	3	107

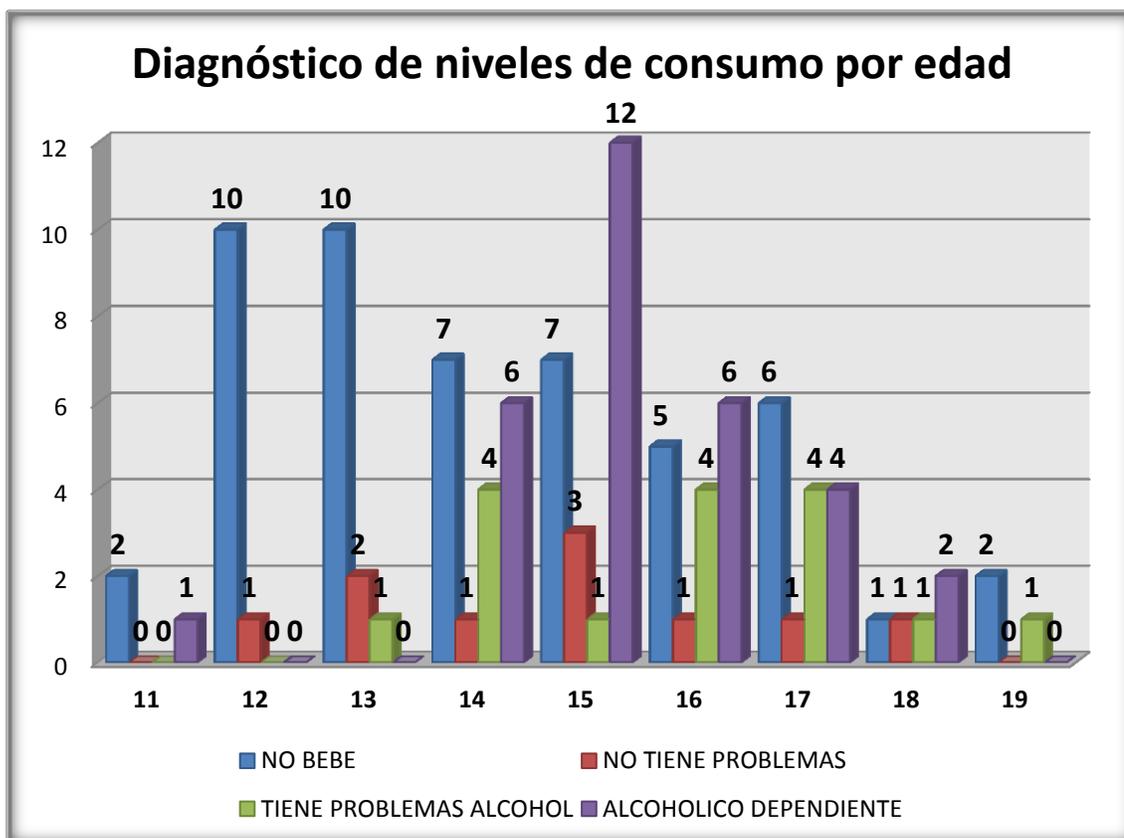


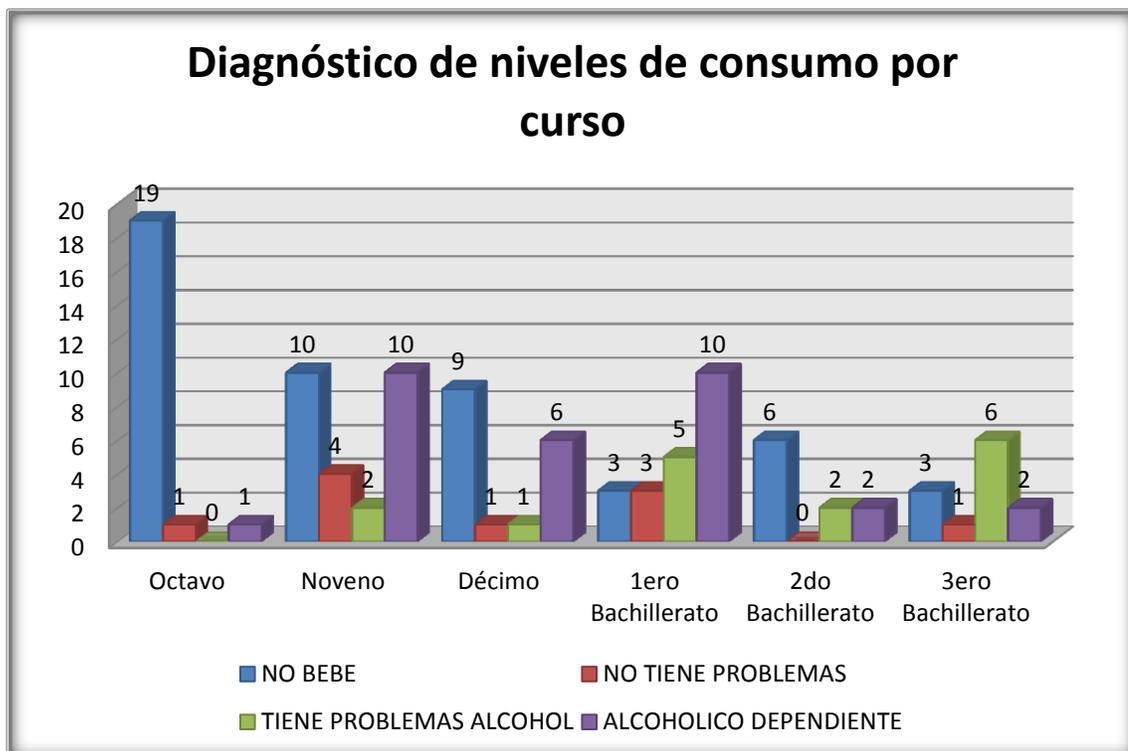
Figura N° 10

Interpretación: Se hace evidente que el grupo más vulnerable a presentar problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas lo conforman los estudiantes con edades comprendidas entre 14 y 17 años, quienes presentan un mayor porcentaje que tienen problemas con el alcohol. No obstante cabe señalar que los jóvenes que se encuentran entre las edades comprendidas entre los 14 y 17 años, presentan ser alcohólicos dependientes, encontrándose en la edad de 15 años mayor número de estudiantes siendo éste de 12.

Tabla N° 15: Niveles de consumo por curso

OPCIONES	CURSO						Total
	Octavo	Noveno	Décimo	1ero bachillerato	2do bachillerato	3ero bachillerato	
No bebe	19	10	9	3	6	3	50
No tiene problemas	1	4	1	3	0	1	10
Tiene problemas alcohol	0	2	1	5	2	6	16
Alcohólico dependiente	1	10	6	10	2	2	31
TOTAL	21	26	17	21	10	12	107

Figura N° 11



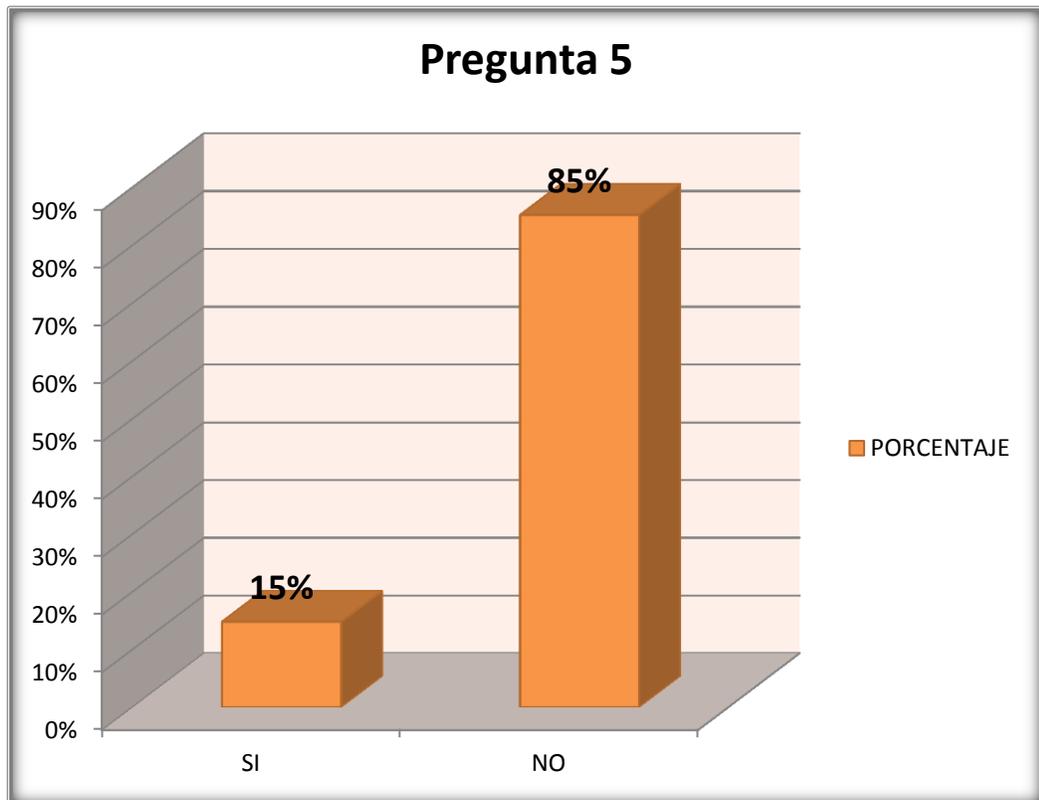
Interpretación: El gráfico evidencia que los estudiantes que tienen problemas con el alcohol se sitúan en mayor proporción en el primero de bachillerato y tercero de bachillerato, siendo 5 y 6 estudiantes respectivamente, mientras que en el noveno año, décimo y primero de bachillerato se encuentran mayor número de estudiantes que muestran ser alcohólicos dependientes, representados en 10, 6 y 10 respectivamente.

Análisis según la encuesta general

Tabla N° 16: ¿Alguno de tus padres consumen bebidas alcohólicas frecuentemente?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	15%
No	98	85%
TOTAL	115	100%

Figura N° 12

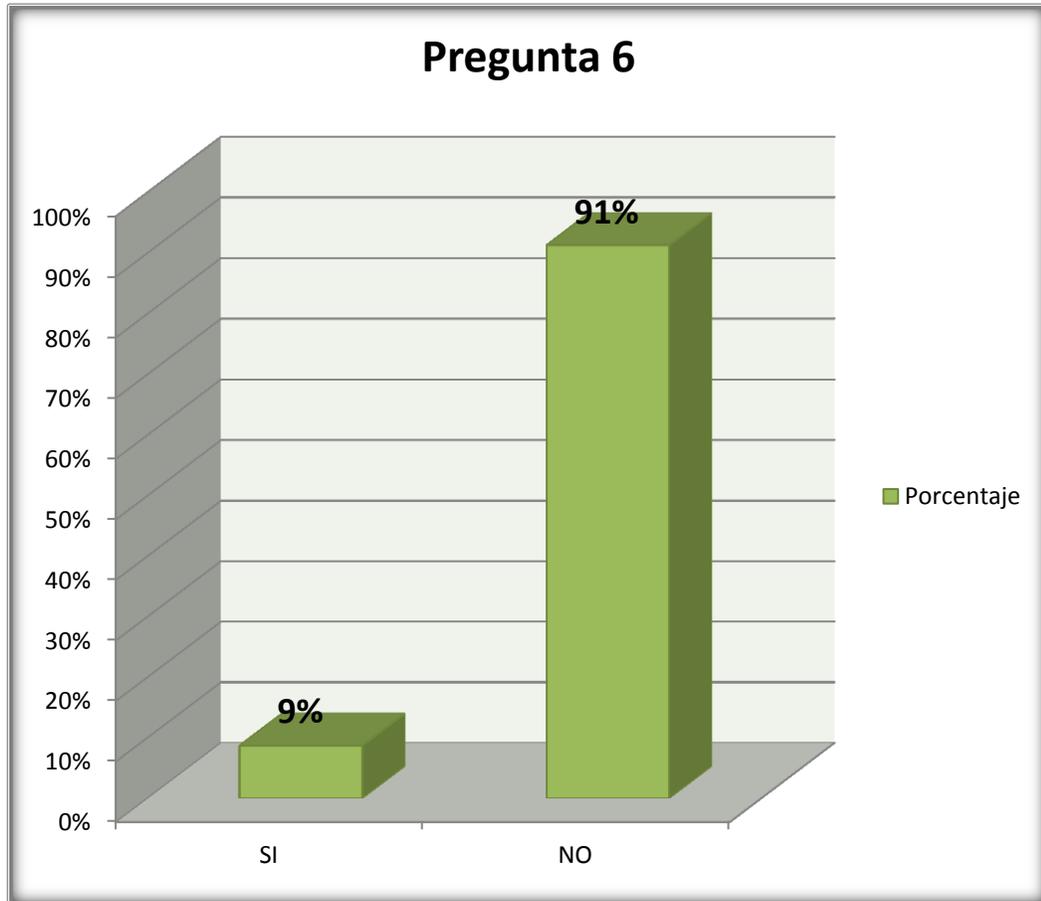


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 7 estudiantes que corresponden al 15%, expresaron que los padres si consumen bebidas alcohólicas frecuentemente, mientras que el 85% que corresponden a 98 estudiantes negaron que sus padres consuman bebidas alcohólicas frecuentemente.

Tabla N° 17: ¿Alguno de tus padres o ambos son fumadores?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	9%
No	105	91%
TOTAL	115	100%

Figura N° 13

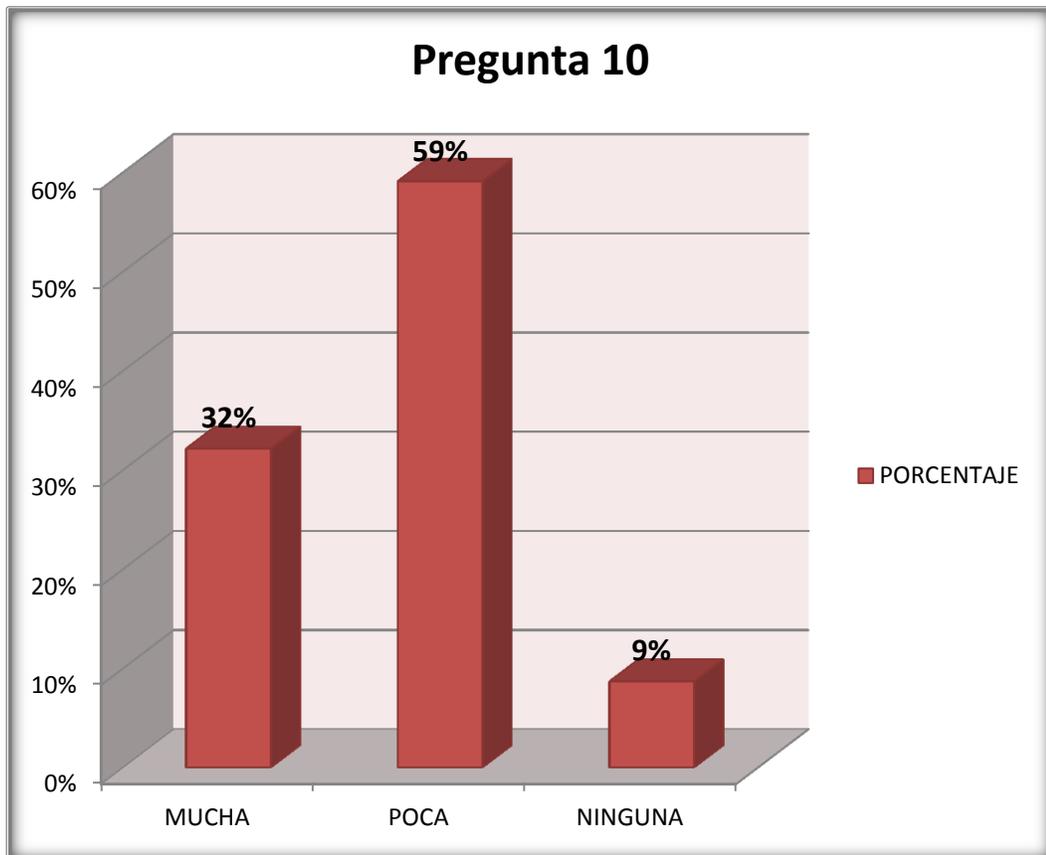


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 10 estudiantes que corresponden al 9%, expresaron que sus padres son fumadores, mientras que el 91% que corresponden a 105 estudiantes negaron que sus padres sean fumadores.

Tabla N° 18: ¿Tienes confianza con tus padres como para hablar de tus problemas, inquietudes, intimidades, etc.?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Mucha	37	32%
Poca	68	59%
Ninguna	10	9%
TOTAL	115	100%

Figura N° 14

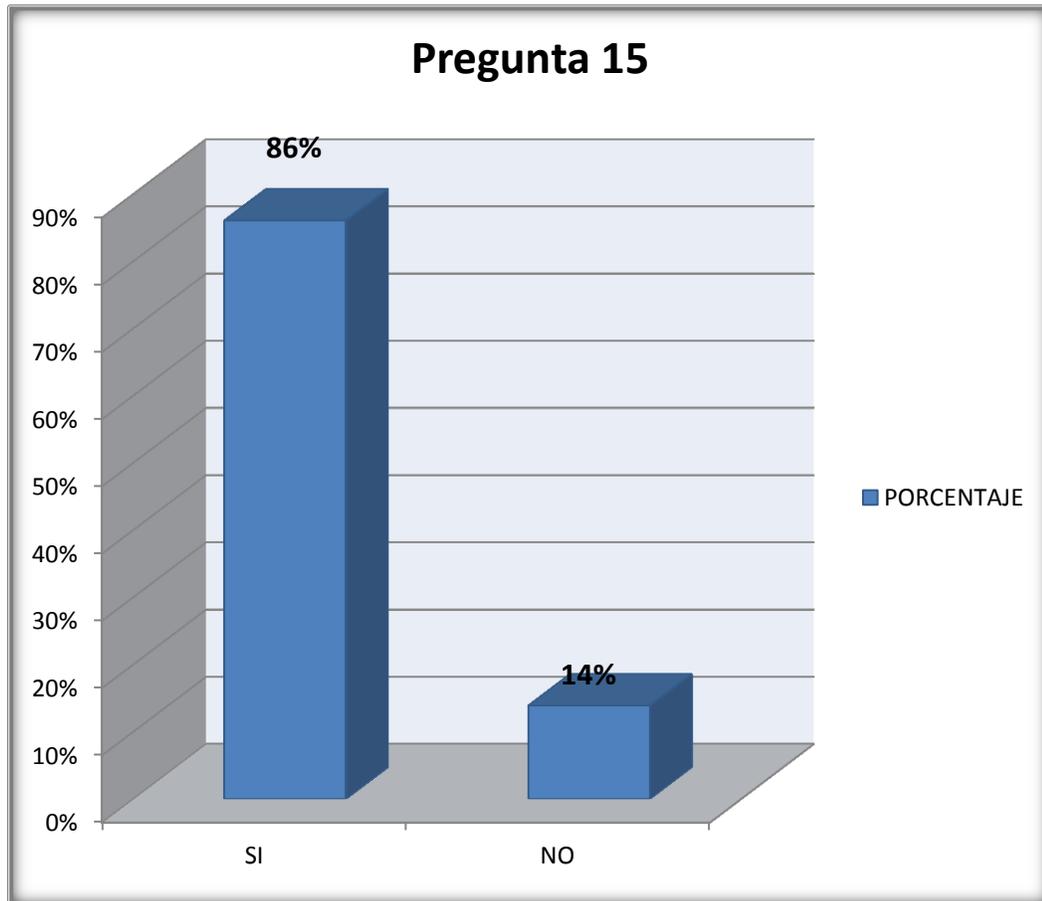


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 37 estudiantes que corresponden al 32%, manifestaron que tienen mucha confianza con sus padres como para hablar de los problemas, inquietudes, intimidades, mientras que el 59% correspondiente a 68 estudiantes tienen poca confianza y la diferencia del 9% que no tienen confianza en ninguna forma con sus padres.

Tabla N° 19: ¿Tus padres se preocupan por conocer quiénes son tus amistades?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	86%
No	16	14%
Total	115	100%

Figura N° 15

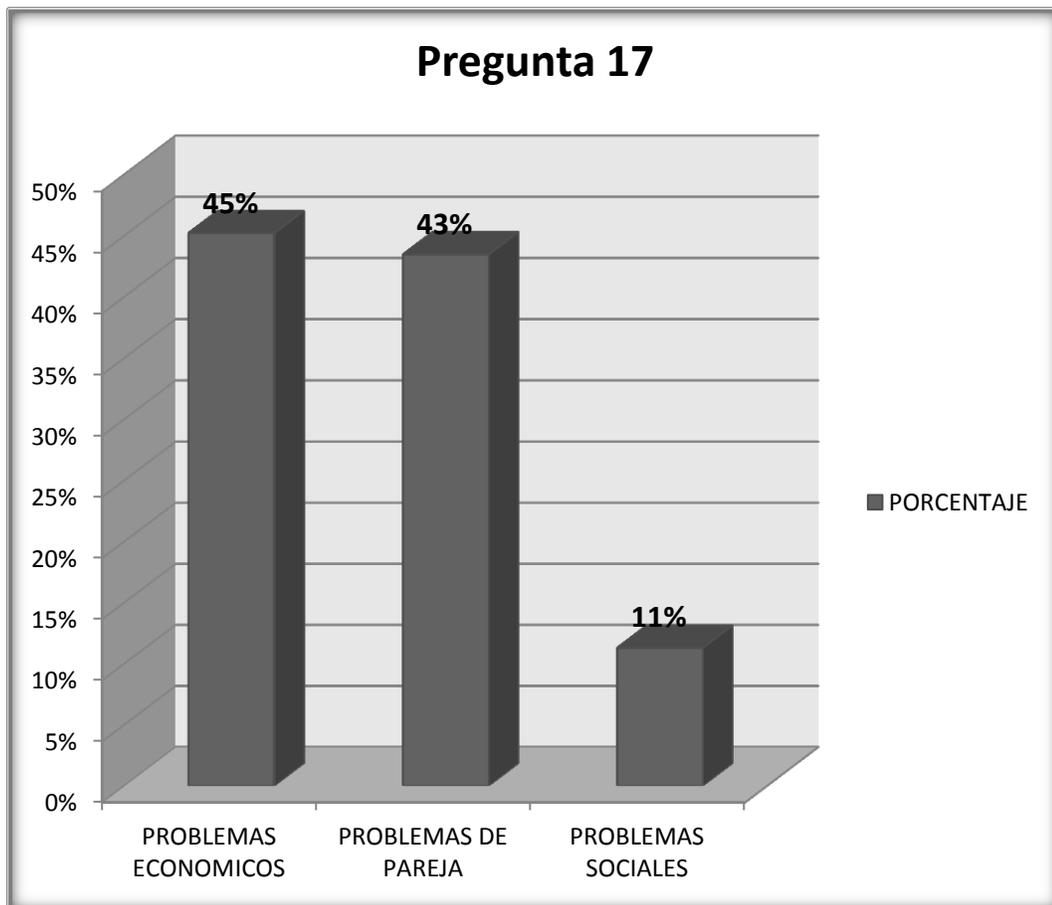


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 99 estudiantes que corresponden al 86%, manifestaron que sus padres si se preocupan por conocer quiénes son sus amistades, mientras que el 14% correspondiente a 16 estudiantes expresaron que sus padres no se preocupan por conocer sus amistades.

Tabla N° 20: Usualmente cuales son los motivos de discusión de tus padres

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Problemas economicos	52	45%
Problemas de pareja	50	43%
Problemas sociales	13	11%
TOTAL	115	100%

Figura N° 16

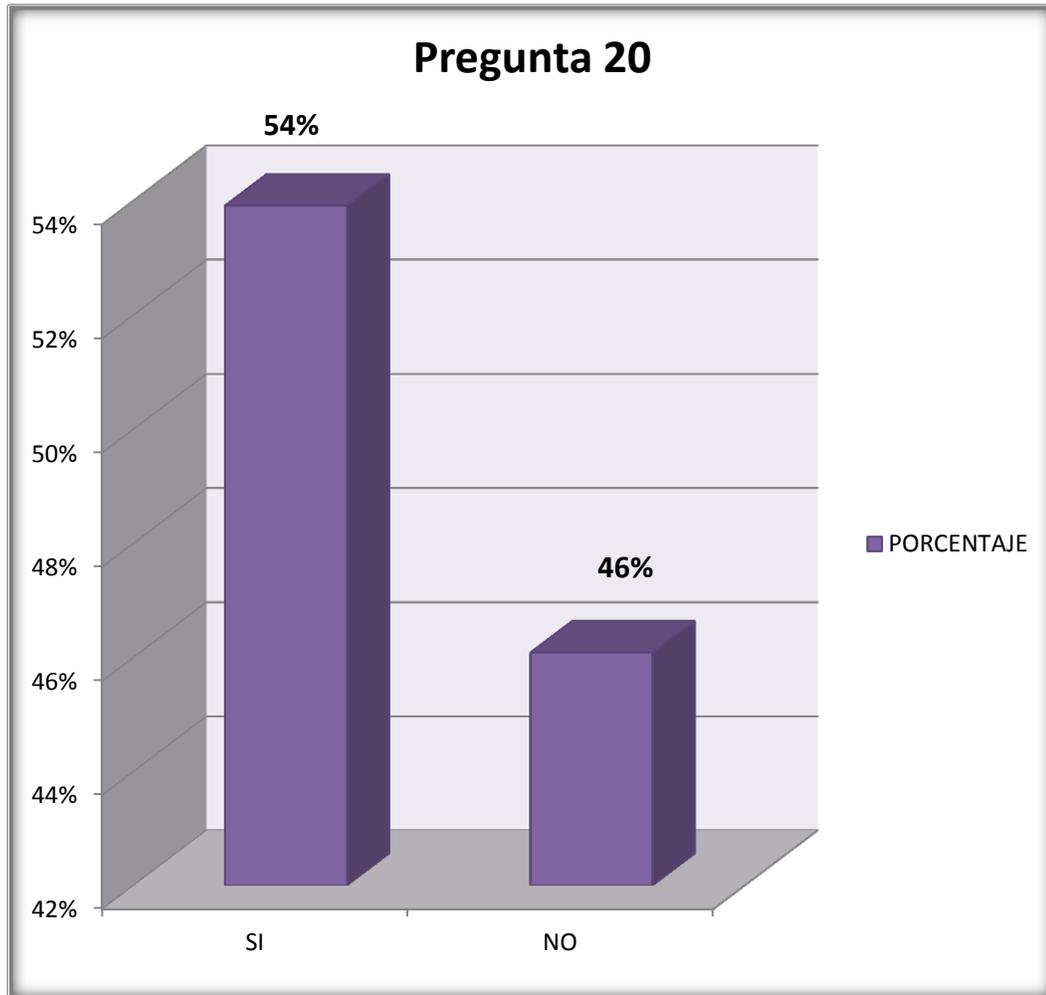


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 52 estudiantes que corresponden al 45%, manifestaron que los motivos de discusión con sus padres es por causa de problemas económicos, mientras que el 43% correspondiente a 50 estudiantes es de problemas con su misma pareja, y la diferencia del 11% se da las discusiones por problemas sociales.

Tabla N° 21: ¿Tienes amigos que fumen o ingieran bebidas alcohólicas?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	54%
No	53	46%
TOTAL	115	100%

Figura N° 17

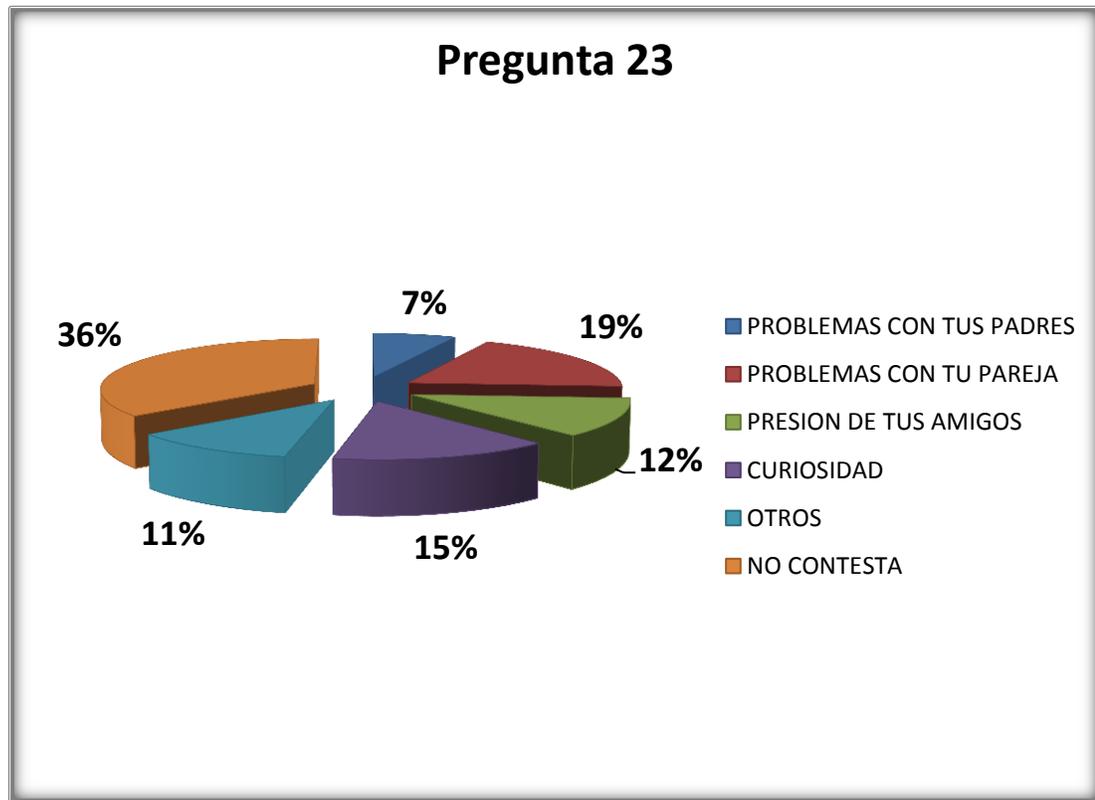


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 62 estudiantes que corresponden al 54%, afirmaron que tienen amigos que fuman o ingieren bebidas alcohólicas, mientras que el 46% correspondiente a 53 estudiantes negaron que tengan amigos que se encuentren en el consumo de estas sustancias.

Tabla N° 22: ¿Cual es la razón más frecuente por la que ingieres alcohol?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Problemas con tus padres	8	7%
Problemas con tu pareja	22	19%
Presion de tus amigos	14	12%
Curiosidad	17	15%
Otros	13	11%
No contesta	41	36%
TOTAL	115	100%

Figura N° 18

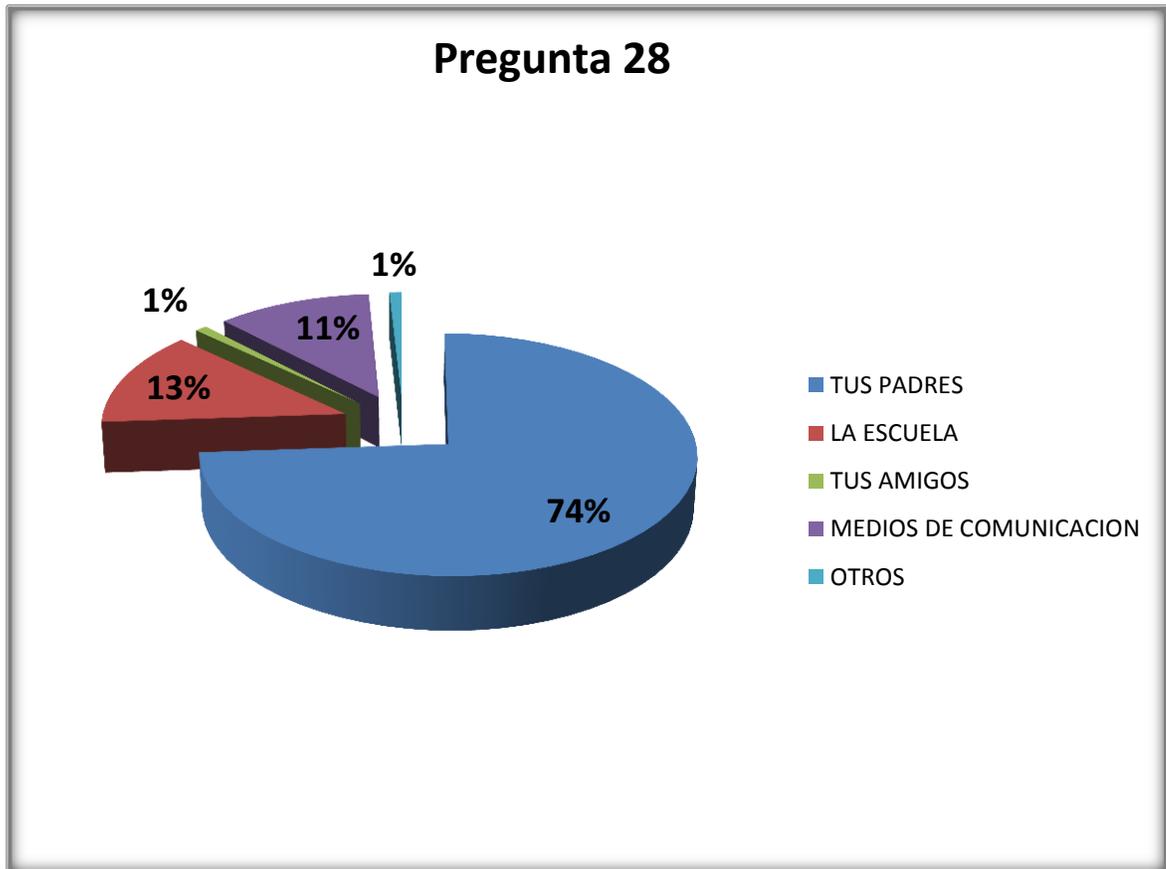


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 22 estudiantes que corresponden al 19%, expresaron que la razón mas frecuente por la que se ingiere alcohol es por problemas con su enamorada, mientras que el 15% correspondiente a 17 estudiantes es por motivos de curiosidad, y el 12% por presión de los amigos, es decir influyen en la toma de decisión para consumir bebidas alcohólicas, y la diferencia del 36% no contestan, debido a que son personas que no consumen estas bebidas alcohólicas.

Tabla N° 23: La información que recibes acerca del alcohol proviene de:

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Tus padres	85	74%
La escuela	15	13%
Tus amigos	1	1%
Medios de comunicacion	13	11%
Otros	1	1%
TOTAL	115	100%

Figura N° 19

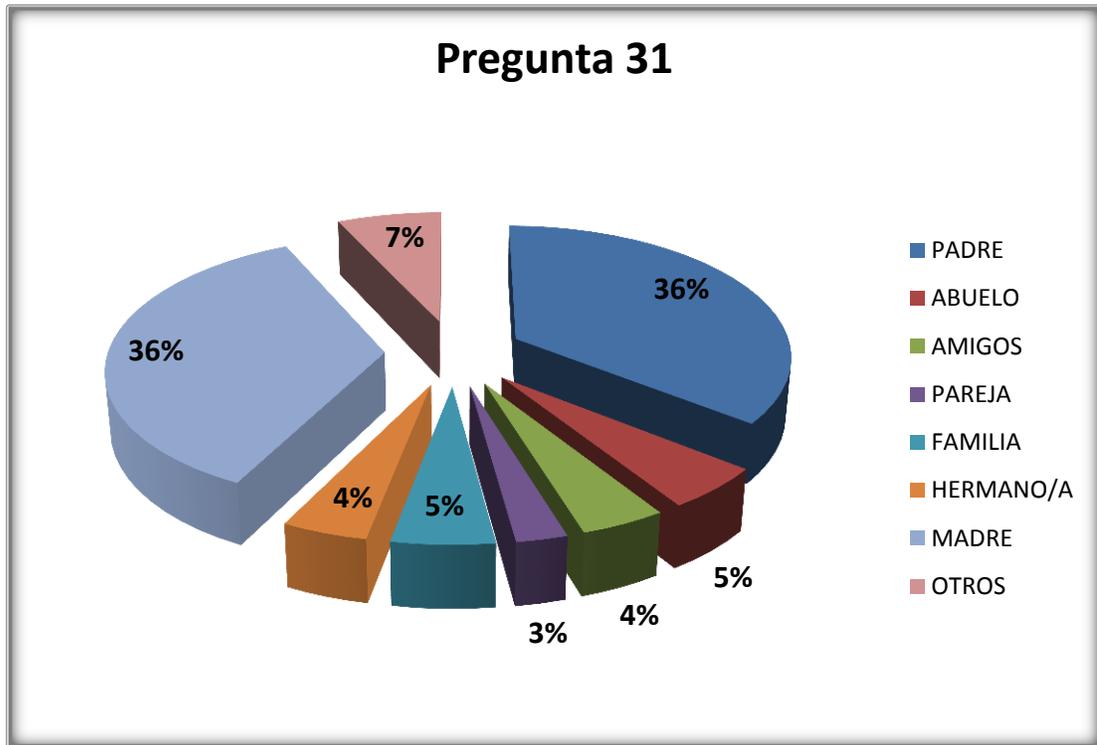


Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 85 estudiantes que corresponden al 74%, expresaron que la información que reciben acerca del alcohol proviene de sus padres, mientras que el 13% correspondiente a 15 estudiantes es por el colegio, y el 11%, correspondiente a 13 estudiantes es a través de los medios de comunicación, no obstante, apenas el 1% es por amigos.

Tabla N° 24: ¿Quién es la persona que te brinda apoyo incondicional?

OPCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Padre	41	36%
Abuelo	6	5%
Amigos	5	4%
Pareja	3	3%
Familia	6	5%
Hermano/a	5	4%
Madre	41	36%
Otros	8	7%
TOTAL	115	100%

Figura N° 20



Interpretación: De los 115 estudiantes encuestados, 41 estudiantes que corresponden al 36%, expresaron que su padre es el apoyo incondicional que ellos siempre tienen, al igual que otro 36% que manifestaron que es su mamá, y un 7% que es la familia, mientras que un 4% amigos y hermanos.

3.4. CONCLUSION

En el análisis anterior se puede ver notoriamente que mas de la mitad de la población en estudio no tienen problemas con bebidas alcohólicas, sin embargo la población que presenta ser bebedores de riesgo se encuentran en el 22% de todos los estudiantes, y un 3% que tienen probable dependencia alcohólica según el primer estudio AUDIT; los cuales presentan tipos de consumo que son alarmantes. De igual manera, según el estudio CAGE el 15% de los estudiantes tienen problemas con el alcohol y el 29% presentan ser alcohólicos dependientes.

De este estudio se puede concluir que según el primer test AUDIT el sexo masculino prevalece en mayor porcentaje con un 28% que consumen bebidas alcohólicas, mientras que en el segundo test CAGE se ve una equidad entre ambos sexos, correspondiente a un 15%. Por lo que se concluye que es posible aplicar métodos preventivos y con ello evitar que este ascienda a un consumo peligroso.

Las edades de los estudiantes comprendidos en los dos estudios tanto CAGE y AUDIT, se encuentran entre 15 y 16 años, encontrándose en el primero de bachillerato, los que en mayor grado consumen bebidas alcohólicas.

Con respecto a este menor porcentaje de estudiantes se podría justificar con las respuestas de la encuesta general aplicada a los estudiantes en estudio, en la que se afirma que en un 86% los padres de familia están pendientes de sus hijos de quienes son

sus amistades, sin embargo en un 54% los estudiantes manifestaron que tienen amigos que consumen bebidas alcohólicas.

Además de que les incentiva a consumir bebidas alcohólicas debido a los problemas de pareja y por curiosidad, aunque hay que considerar que la mayor parte de la información sobre el alcohol la reciben por parte de sus padres.

Finalmente se puede notar que el consumo de alcohol en riesgo es más frecuente en el primer año de bachillerato, mientras los estudiantes están entre las edades de 15 a 16 años, por lo que al llegar a los últimos años predomina un consumo en riesgo, y es así que se puede 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.

Para ello se plantea un programa de intervención de acuerdo a los tipos de consumo obtenidos en el análisis presentado. Es necesario mencionar que estos resultados obtenidos son la iniciativa para realizar la propuesta específicamente en mayor proporción en primero de bachillerato, que predomina un consumo en riesgo mientras que prevenciones indicadas en los últimos años donde los problemas relacionados con el alcohol se agudizan.

CAPITULO IV

PLANIFICACIÓN DE UN PROYECTO DE PREVENCIÓN DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO “GABRIEL ARSENIO ULLAURI” DE LA PARROQUIA LLACAO.

4.1. Introducción

De acuerdo a la problemática postulada con anterioridad en el presente trabajo de grado, se considera necesario desarrollar un plan de prevención del consumo de alcohol en los estudiantes en estudio, considerando actividades tanto para los padres de familia, docentes y los mismos estudiantes.

La prevención tiene el propósito de evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad, es decir implica actuar para que un problema no aparezca o, en su caso, para disminuir sus efectos, es así que el plan de acción que se plantea estará vinculado con algunas estrategias muy especiales dentro de cada espacio físico en el que se encuentren los estudiantes u hogar de los mismos, para combatir el problema arrojado en el diagnóstico.

Por lo tanto, con este plan se pretende minimizar el consumo de bebidas alcohólicas y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Para poder desarrollar el plan de prevención, se ha considerado la clasificación operacional de prevención de las enfermedades de Gordon (1987), la cual hace

referencia a prevención, tratamiento y mantenimiento, siendo éste modelo luego aceptado por el NIDA: Instituto Nacional de Abuso de Drogas (Gilchrits, 1985); que centra su interés en la población a la que se dirige la acción preventiva. Es así que se desarrollará y se conceptualizará los diferentes niveles de prevención que engloba este modelo, aportando en cada uno de ellos su plan de acción respectivo.

4.2. Nombre del proyecto de prevención

“VIVE AL MAXIMO DISFRUTANDO DE TODOS TUS SENTIDOS”

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo general

Prevenir el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes del Colegio Nacional técnico “Gabriel Arsenio Ullauri” de la Parroquia LLacao, a través de información relevante y educación a los docentes y padres de familia.

4.4. Etapas del proyecto

4.4.1. Primer Nivel de Prevención Universal

Es el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los puedan llevar al inicio y abuso de drogas. Son programas abiertos, es decir, promueven la participación de todas las personas en general, por lo que sus acciones son amplias, menos intensas y menos costosas.

Su objetivo es posponer o prevenir el inicio del consumo de drogas a partir de la presentación de información específica y actualizada y promover el desarrollo de habilidades necesarias que contrarresten el problema de las adicciones.

Los programas de prevención universal se enfocan a:

- Mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades de resistencia personales.
- Fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población participante.²⁶

Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran en los programas de prevención universal reflejan, principalmente, las influencias del medio, más que las características individuales o de ciertos subgrupos.

Los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición.

4.4.1.1. Plan de prevención

Identificación

En este tipo de intervención se incluye a todos aquellos estudiantes que conforman el Colegio en estudio, además de los padres de familia que se encuestaron.

Se considera dentro de este nivel al 28% de los estudiantes que presentan un consumo normal, al que directamente se desea abordar con la prevención de bebidas alcohólicas.

²⁶ AYUNTAMIENTO DE A. CORUÑA, CONCELLO DE CORUÑA, Sin Alcohol siempre a Tope, Subdirección Xeral de Salud Mental y Drogodependencias, Disponible: www.coruna.es, Acceso: 15 de junio 2012.

Objetivos

- Proporcionar psicoeducación (consecuencias en el uso y abuso de alcohol) a los estudiantes y padres de familia sobre el consumo de bebidas alcohólicas.
- Concientizar a los jóvenes en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas
- Concientizar a los padres de familia sobre la importancia de una positiva educación familiar como medida básica de prevención al consumo del alcohol.

Alcance

- Estudiantes y padres de familia en general

Beneficios

- Aumento en el conocimiento y la conciencia sobre las consecuencias del uso y abuso de alcohol.
- Capacidad de utilizar los factores de protección y evitar los factores de riesgo.

Plan de acción

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RECURSOS	RESPONSABLE	PRESUPUESTO	FRECUENCIA DE TIEMPO
<p>Publicar en carteleras slogans y folletos con información sobre las consecuencias del consumo de alcohol.</p>	<p>Los slogans que se pueden sugerir son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tomar alcohol ahora tiene premio... TU VIDA • El alcohol pone en riesgo tu salud. • El alcohol mata no dejes que te toque a ti". • Tu vida la manejas tú no le entregues la llave al alcohol. <p>Estos slogans pueden ser colocados en las carteleras y a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulinas • Hojas volantes • Folletos • Colgantes 	<p>Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)</p>	<p>\$ 20,00</p>	<p>Cada mes</p>

	su vez colgar estos en espacios estratégicos.				
Ofrecer capacitación a los estudiantes en el salón de audiovisuales, a través de psicólogos, y personas vivenciales.	En la capacitación se debe dar a conocer los factores de riesgo y de protección del consumo de alcohol, información que será entregada a través de diferentes instrumentos de difusión.	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus • Hojas volantes • Trípticos (Ver anexo N° 4) • Folletos 	Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri”	\$ 40,00	Cada bimestre
Ofrecer capacitación a los padres de familia a través de psicólogos, y	En la capacitación se debe dar a conocer los factores de riesgo y de protección del consumo de alcohol, información que será	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus • Hojas volantes • Trípticos • Folletos 	Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)	\$ 20,00	Cada trimestre

personas vivenciales.	entregada a través de diferentes instrumentos de difusión.				
Organizar grupos de estudiantes para fomentar la disminución del consumo de alcohol.	Cada grupo de estudiantes debe consultar o investigar sobre la prevención del consumo de bebidas alcohólicas, para promover la iniciativa de conocimientos de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Recursos humanos 	Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri”	\$ 0,00	Cada semana
Proyectar películas o documentales a cada curso sobre la prevención de consumo de estas bebidas en estudio	Se determinará cada mes un curso para que asistan a la sala de audiovisuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus • Recursos humanos 	Colegio Nacional Técnico “Gabriel Arsenio Ullauri”	\$ 5,00	Cada mes

4.4.2. Segundo Nivel de Prevención Selectiva

Los programas de prevención selectiva se dirigen a grupos de la población con mayor riesgo de consumo de drogas. El objetivo principal es evitar el inicio del consumo de drogas a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los miembros de esos grupos de riesgo, de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo.

El conocimiento de los factores de riesgo específicos para cada grupo favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas. Frecuentemente, los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención selectiva muestran tanto las características individuales y del grupo, como las influencias ambientales.²⁷

4.4.2.1. Plan de prevención

Identificación

En este tipo de intervención se incluye a todos aquellos estudiantes que se encuentran dentro del criterio de bebedores de riesgo en el cuestionario aplicado AUDIT y los estudiantes que presentan problemas con el alcohol en el cuestionario CAGE, siendo sus porcentajes del 22% y 15% respectivamente.

²⁷ AYUNTAMIENTO DE A. CORUÑA, CONCELLO DE CORUÑA, Sin Alcohol siempre a Tope, Subdirección Xeral de Salud Mental y Drogodependencias, Disponible: www.coruna.es, Acceso: 15 de junio 2012.

Objetivo

- Fortalecer los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo, con el fin de modificar distorsiones cognitivas y así cambiar sus conductas.
- Promover el uso recreativo del tiempo libre en forma sana en espacios territoriales de sociabilidad juvenil, fomentando mecanismos de ocio saludable y entregando información preventiva dirigida a la toma de decisiones, de y para jóvenes.

Alcance

- Estudiantes con consumo de alcohol con alto riesgo.

Beneficios

- Reforzamiento en el apoyo familiar y involucramiento de la juventud en actividades alternativas (en momentos de ocio)
- Modelación de conductas positivas, a través de la modificación de las distorsiones cognitivas.
- Alargar el período en la edad de inicio de consumo en los estudiantes.

Plan de acción

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RECURSOS	RESPONSABLE	PRESUPUEST O	FRECUENCIA DE TIEMPO
Realizar una Entrevista psicológica	Esta entrevista debería ser abierta que permita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del estudiante. Y a su vez servirá como un contacto inicial para poder establecer el rapport y poder fortalecer la relación entre paciente-psicólogo.	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos 	Psicóloga de la Institución Educativa. Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)	\$ 0,00	Dependiendo del rapport que se establezca con el estudiante, se puede determinar la entrevista en una sesión o más sesiones.
Realizar Fichas Psicológicas	Fichas en las cuales se recopilarán los datos significativos de la vida del estudiante que ayudarán a	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos 	Psicóloga de la Institución Educativa.		Se obtienen los datos luego de la entrevista establecida en una

	entender la problemática relacionada con el consumo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas 	Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)	\$ 0,00	o más sesiones.
Realizar la Psicoterapia Individual	<p>Se trabajan los temas de conflicto, sufrimiento, ambivalencia y preocupaciones personales por medio de las técnicas de intervención psicológica.</p> <p>Se caracteriza por ser el establecimiento de sesiones semanales, teniendo las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Técnicas preestable 	<p>Psicóloga de la Institución Educativa.</p> <p>Centro de Salud</p>	\$ 0,00	Sesiones semanales de acuerdo a la evolución del paciente

	<p> citas una duración aproximada de 45 a 50 minutos y su extensión en el tiempo depende de los objetivos que se planteen en el trabajo estudiante-psicólogo. </p> <p> 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 </p>	<p>citas</p>	<p> Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública) </p>		
--	--	--------------	---	--	--

	<p>en lo referente a problemas de adicciones. Es necesario recalcar que en el capítulo II se hace referencia al tipo de técnicas que se pueden utilizar para tratar estos problemas de consumo de bebidas alcohólicas.</p>		<p>Esperanza (Ministerio de Salud Pública)</p>		
<p><u>Psicoterapia Familiar.</u></p>	<p>Se trabaja directamente con la familia en conjunto, y se pueden plantear una o varias sesiones de este tipo de terapia. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos 	<p>Psicóloga de la Institución Educativa.</p>	<p>\$ 0,00</p>	<p>En cada sesión de acuerdo a la evolución de la dinámica familiar.</p>

	<p>actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir.</p> <p>El Terapeuta trata a la familia en sesiones a las cuales asisten todos los miembros, centrándose en los patrones de interacción y en la estructura y dinámica del sistema.</p> <p>El Terapeuta a su vez puede esconder diversas modalidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesiones con toda la familia 2. Sesiones con la pareja 3. Sesiones con sub-sistemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones preestablecidas 	<p>Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)</p>		
--	---	--	---	--	--

	aliados: Ejemplo: Pareja, Hijos, Madre-Hijo(a) (s), Padre-Hijo (a) (s). 4. Sesiones individuales (en las cuales el objetivo sigue siendo el cambio en el sistema familiar).				

	<p>cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales.</p> <p>Se logra a través de una ayuda y colaboración de una persona terapeuta y vivencial, además de reunir a un número establecido de estudiantes que estén dispuestos a compartir sus experiencias y aprender de las vivencias.</p>		<p>Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública)</p>		
--	---	--	---	--	--

4.4.3. Tercer Nivel de Prevención Indicada

Es el conjunto de actividades dirigidas a aquellas personas que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas al consumo de sustancias. El objetivo de este nivel es reducir el consumo de sustancias, la frecuencia o la cantidad y los problemas asociados al mismo.

Se selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de las actividades que, básicamente, pretenden modificar sus conductas.

Las actividades se enfocan, principalmente, a los factores de riesgo asociados con el individuo y a sus conductas-problema (por ejemplo, baja autoestima; problemas de conducta; alejamiento de la familia, la escuela o el grupo de amigos positivos).

En este tipo de intervenciones, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo a cierto grupo de alto riesgo.

Los programas de prevención indicada tienen una duración mayor que los de prevención universal y selectiva. El número de participantes es menor en comparación con los programas universales y selectivos. Su desarrollo requiere de profesionales especializados.²⁸

²⁸ AYUNTAMIENTO DE A. CORUÑA, CONCELLO DE CORUÑA, Sin Alcohol siempre a Tope, Subdirección Xeral de Salud Mental y Drogodependencias, Disponible: www.coruna.es, Acceso: 15 de junio 2012.

4.4.3.1. Plan de prevención

Identificación

En este tipo de intervención se incluye a todos aquellos estudiantes que se encuentran dentro del criterio de probable dependencia alcohólica en el cuestionario aplicado AUDIT y los estudiantes que presentan ser alcohólicos dependientes en el cuestionario CAGE, siendo sus porcentajes del 3% y 29% respectivamente.

Objetivo

- Eliminar o disminuir la continuación de síntomas específicos, es decir retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.
- Motivar a cambios positivos y enseñanza de habilidades cognitivas-comportamentales para influenciar el pensamiento y el comportamiento.

Alcance

- Estudiantes con consumo peligroso y dependencia alcohólica.

Beneficios

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

Plan de acción

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	RECURSOS	RESPONSABLE	PRESUPUESTO	FRECUENCIA DE TIEMPO
Realizar intervenciones ambulatorias a través de intervenciones motivacionales, apoyo familiar incluyendo terapias sistémicas y psicoeducación y además actividades alternativas (en ratos de ocio).	Estas intervenciones terapéuticas deben ser de mayor intensidad y duración debido a que estos estudiantes se encuentran ya con dependencia alcohólica. Las actividades alternativas se desarrollarán dependiendo de la inclinación de preferencias e intereses hacia deportes, música, arte, entre otras.	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Espacio físico recreacion al • Infraestructura de la 	Psicóloga de la Institución Educativa. Personal especializado del Centro de Salud Mental Buena Esperanza	\$ 100,00	Las intervenciones motivacionales se realizan una vez por semana. Las terapias sistémicas y psicoeducación se realizarán cada quince días.

		Institución Educativa	(Ministerio de Salud Pública.		
Realizar las intervenciones de hospitalización	<p>Dependiendo de la gravedad del consumo en el estudiante, se llegará a un acuerdo en primera instancia con la familia para proceder a la hospitalización inmediata, caso contrario, se le tratará a través de la intervención ambulatoria, sin embargo en estos casos no se recomienda.</p> <p>Realizar convenios-Centros de Rehabilitación para ingreso estudiantes con DP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convenios con los Centros de Rehabilitación 	<p>Centro de Salud Mental Buena Esperanza (Ministerio de Salud Pública.</p>	\$ 0,00	<p>Depende del caso en estudio, se tomará en cuenta el tiempo de hospitalización para los estudiantes.</p>

4.5. CONCLUSIÓN

Para poder realizar un proceso terapéutico es necesario considerar el nivel de gravedad que se presentan en los pacientes, para poder tomar las medidas adecuadas para cada caso, sean preventivas o de tratamiento.

En este capítulo se desarrolló tres niveles de prevención, siendo: universal, selectiva e indicada, y cada nivel esta dirigido a un segmento diferente.

El nivel de prevención universal está dirigido a la población en general, para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas. El nivel de prevención selectiva esta encaminado a tratar grupos de riesgo. Y el nivel de prevención indicada esta enfocado a estudiantes que presentan dependencia alcohólica.

Para cada uno de estos niveles existen formas de intervención enfocadas a las necesidades de cada paciente, y esto solo se logrará con el cumplimiento del proyecto propuesto: “VIVE AL MAXIMO DISFRUTANDO DE TODOS TUS SENTIDOS”

Para cada paciente se planifica actividades de intervención de acuerdo a la problemática del mismo, ayudando a obtener una pronta recuperación y si no se cumple con la programación que se ha realizado no se tendrá resultados deseados y por ende hasta puede provocar reincidencias.

CONCLUSIONES

- El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Es producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.
- 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 e inclusive hasta la exclusión social.
- En base a la literatura antes expuesta se afirma 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.
- 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, pues unas dependen de las otras como es el caso de la teoría cognitiva – conductual.
- Los cuestionarios aplicados como el AUDIT y el CAGE tienen distintos objetivos, siendo el primero que mide el nivel de consumo de alcohol, mientras que el segundo mide la dependencia alcohólica.

- El problema de que los jóvenes consuman alcohol no radica en que algunas veces lo hagan; sino que esto se vuelva un acto repetitivo, hasta el punto de depender de él para todo y no poderlo manejar después.
- 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.
- Los resultados del estudio arrojaron que un 47% de los estudiantes presentan un consumo normal de bebidas alcohólicas lo que quiere decir; que no tienen problemas, es decir de bajo riesgo, y que no generan daños. Un 22% obtuvo un puntaje equivalente a un consumo en riesgo, debido al cuestionario AUDIT, sin embargo según el CAGE presentan un 15% de estudiantes que tienen problemas con el alcohol, es decir incluyen 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 29% de los estudiantes están considerados como alcohólicos dependientes según de cuestionario de CAGE por lo que hay que tomar acciones inmediatas para disminuir el consumo de alcohol en los estudiantes, debido a que estos alumnos presentan un consumo peligroso, lo que puede provocar problemas físicos, psicológicos y sociales como resultado de dicho consumo, a más de síntomas de abstinencia y extrema tolerancia.
- Se obtiene un mayor porcentaje en consumo peligroso en el sexo masculino con un 28%, sin embargo cabe recalcar que en las mujeres va en aumento el consumo de alcohol, lo que se evidencia que el consumo en riesgo puede llegar a ser equitativo para ambos sexos. Es importante mencionar además que los

estudiantes de primero de bachillerato son los que mas consumen bebidas alcohólicas.

- Se puede notar claramente que el consumo de alcohol en riesgo es mas frecuente en las edades comprendidas de 15 y 16 años, por lo que al llegar a los últimos años predomina un consumo en riesgo, y es así que se puede 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.
- Hay que estudiar el caso de cada persona, para poder aplicar el tipo de tratamiento, debido a que no existe uno solo para aplicar, sino mas bien se realizan diferentes tipos de intervenciones para tratar al paciente y se puedan lograr buenos resultados. Es necesario mencionar que 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. Por lo que, se afirma que la manera más adecuada de tratar problemas de alcoholismo es logrando un integración oportuna de las terapias planificadas y que vayan en relación a las necesidades de cada paciente.
- Por lo tanto, se puede afirmar que como la mayoría de los estudiantes no se encuentran en problema alguno, lo que se ha planteado es un plan de prevención con actividades para padres de familia y los mismos estudiantes, para que puedan promover el uso adecuado de alcohol, y permitan al estudiantado tomar decisiones oportunas en la sociedad en que viven.
- El proyecto propuesto: “VIVE AL MAXIMO DISFRUTANDO DE TODOS TUS SENTIDOS” presenta tres niveles de prevención: universal, específica e indicada de acuerdo a los niveles de consumo que se obtuvieron de la

investigación, y a su vez se proponen actividades para minimizar el impacto del consumo de alcohol en los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, E. VINTIMILLA. *Aspectos psicológicos del alcoholismo. En Pacurucu: III Congreso Iberoamericano sobre Alcohol y Alcoholismo-JI, Curso Internacional sobre Alcoholismo, Memorias.* (pp. 193-195.). Ecuador: Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cuenca, 1985.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-187-3, 2002.
- BECK, WRIGH, NEWMAN, LIESE, B. *Terapia Cognitiva de las drogodependencias.* Buenos Aires: Editorial Paidós, 1999.
- BECOÑA, E.. *Alcoholismo: Manual de terapia de conducta, Vol. II.* Madrid: Dykinson, pp. 75-141, 1998.
- BERJANO, MUSITU, G. *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención.* Valencia: Nau Llibres, 1987.
- ¹ BERGER, PETER y LUCKMANN, T, *La construcción social de la realidad,* Amorrortu editores, Buenos Aires 1979., Disponible en: <http://sentidodelaexistencia.blogspot.com>. Acceso: 18 de junio del 2012
- CARROBLES, J. *Técnicas cognitivas en el tratamiento de las drogodependencias.* En: *IV ENCUENTRO NACIONAL Y SU ENFOQUE COMUNITARIO,* Citado en:

2 de octubre del 2008. World Wide. Disponible en:
www.dipucadiz.es/. _ ./drogodependencia/.. ./Tecnicas Cognitivas en elTratamiento de las drogodependencia. Acceso: 15 de marzo del 2012.

- CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Mediator, 1992.
- ELISONDO, J. *Manejo psicoterapéutico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol*. En: Velazco, R. *Alcoholismo Visión Integral*. (pp.387-402.). México: Editorial Trillas,, 1998.
- GONZALES DE RIVERA, J. Monterrey, A. *Aspectos Psicodinámicos De Las Conductas Adictivas*. Madrid: Editorial Colex, 1994.
- GRAÑA, J.L. y MUÑOZ – RIVAS M. “*Factores psicológicos de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes.*”. *Psicología Conductual, protección para el consumo de drogas en adolescentes*. Psicología Conductual, Ed 8. 248 – 269, 2000.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), “*Datos estadísticos a nivel nacional y provincial del consumo de alcohol en el año 2006.*”. Año publicación: junio del 2008.
- KIERKAARD, S. *EL diario de tin sethictor*. (pp. 8-15). Citado: 6 de octubre del 2008. Disponible en

www.filodar.filipense.edu.c&bliblioteca/articulosdeestudiantes/vacioseñstenciales.doc. Acceso: 15 de febrero del 2012.

- MACÍAS, R. *Alcoholismo y Terapia Familiar*. En: Velazco, R. *Alcoholismo Visión Integral*. (pp. 367-386). México: Editorial Trillas, 1988.
- MALDONADO, M. *Pueblos Indígenas En El Ecuador y Consumo De Bebidas Alcohólicas: Cosmovisión, Conocimientos, Actitudes y Practicas, causas Y Consecuencias*. Ecuador: Ministerio De Salud Pública Del Ecuador, 1999.
- Nida's home page. *Factores de riesgo y de protección*. 2000. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov./USA>. Acceso: 4 de febrero del 2012
- OPCIÓN. “*Consideraciones Básicas y estrategias metodológicas para el desarrollo de programas preventivos*”. Lima-Perú, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y sustancias psicoactivas*. Washington: OMS. ISBN 92-75-32579-0, 2005.
- PASCUAL, F. *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, 2002
- PONS, BERJANO, E. *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, Obra Social Caja Madrid, 1999.

- SÁNCHEZ, J.. *“Trastornos de la personalidad.”* Lima: Eximpress, 1991.
- SECADES, R., Fernández, J. *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína.* Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. Universidad de Oviedo. Vol. 23 N° 3. (pp. 365-380). Citado el: 15 de octubre del 2008. Disponible en: www.psicothema.com/pdf7460.pdf. Acceso: 4 de abril del 2012
- SEPÚLVEDA, G. *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: www.psiquiatriasur.cllportallmodules/wfdownloads/visit.php?cid=35&lid=296. Acceso: 27 de marzo del 2012
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Guía de Referencia Rápida para abordar el abuso del alcohol.* Barcelona: Editorial Portaferrisa. Caja Madrid, 2005.
- VELASCO, R. *El abuso del alcohol. sus causas.* En: Velasco, R. *Alcoholismo Visión Integral.* (pp. 17-37). México: Editorial Trillas, 1988.

- VELÁSQUEZ, E. *Alcoholismo*. En: Toro, J., Yepes, L. *Fundamentos de la Medicina. Psiquiatría*. 4ta edición. (Pag. 85-100). Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 2004.
- VÉLEZ DE LEÓN, L. *Modelo de análisis existencial para el abordaje del alcoholismo en comunidades indígenas*. Citado el: 13 de octubre del 2008. Disponible en: www.cdi.gob.mx/sicopilalcoholismo/oct2006/7_modelo_abordaje_alcoholismo_laura_velez.pdf. Acceso: 15 de marzo del 2012
- WATCHOVER Society. *Los Excesos Con El Alcohol Y Su Efecto En La Salud*. Citado El: 3 De Septiembre Del 2008. Disponible en: www.watchtower.org.
- ZABALA, I. *Adicciones, esclavitud existencial*. Revista Istmo en Línea. Número 276. Citado el: 15 de octubre del 2008. Disponible en: www.istmoenlinea.com.mx/articulos/27608. Acceso: 08 de febero del 2012

Anexos

ANEXO N° 1

Lea a continuación la siguiente serie de preguntas que servirán para la investigación. Responda con sinceridad. Contamos con su apoyo... ¡Gracias!

1.- Sexo:
Masculino Femenino

2.- En tu casa convives con:

3.- ¿Tus padres son divorciados?

SI

NO

4.- Nivel de escolaridad de tus padres:

Primaria

Secundaria

5.- ¿Alguno de tus padres consumen bebidas alcohólicas frecuentemente?

SI

NO

6.- ¿Alguno de tus padres o ambos son fumadores?

SI

NO

7.- ¿Tus padres te han dicho que fumar o beber es malo?

SI

NO

8.- ¿Te han hablado acerca de las drogas?

SI

NO

9.- ¿Conversas con tus padres acerca de las cosas de la escuela, de tus amigos, tu pareja, etc?

Siempre
Usualmente

A veces
Nunca

10.- ¿Tienes confianza con tus padres como para hablar de tus problemas, inquietudes, intimidades, etc?

Mucha
Ninguna

Poca

11.- ¿Tus padres te exigen hora de llegada a la casa?

SI

NO

12.- ¿Tus padres te controlan constantemente en donde te encuentras?

Siempre

Usualmente

13.- ¿Tus padres te reconocen o te felicitan cuando tienes buenos resultados o haces algo bueno?

Siempre

Usualmente

14.- ¿Te llaman la atención cuando haces algo malo?

Siempre
Usualmente

A veces
Nunca

15.- ¿Tus padres se preocupan por conocer quiénes son tus amistades?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16.- ¿Existen discusiones en tu hogar a menudo?	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
	Usualmente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
17.- Usualmente cuáles son los motivos de discusión de tus padres		<input type="checkbox"/>
Problemas económicos		<input type="checkbox"/>
Problemas de pareja		<input type="checkbox"/>
Problemas sociales (alcohol, tabaco, drogas)		<input type="checkbox"/>
18.- ¿Existe violencia intrafamiliar en tu hogar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
19.- Las relaciones con tus compañeros son:		
Buenas	<input type="checkbox"/>	Regulares <input type="checkbox"/>
Malas	<input type="checkbox"/>	
20.- ¿Tienes amigos que fumen o ingieran bebidas alcohólicas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21.- ¿Tienes amigos que hayan consumido drogas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22.- ¿Has bebido alguna vez?		
Siempre	<input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
23.- Cual es la razón más frecuente por la que ingieres alcohol?		
Problemas con tus padres		<input type="checkbox"/>
Problemas con tu pareja		<input type="checkbox"/>
Presión de tus amigos		<input type="checkbox"/>
Curiosidad		<input type="checkbox"/>
Otros (cuáles)		<input type="checkbox"/>
24.- ¿Cuándo no estás en la escuela, que haces en tu tiempo libre?		
a. Estás en casa; leyendo, oyendo música, viendo la TV, jugando videojuegos, etc.		<input type="checkbox"/>
b. En la calle con tus amigos.		<input type="checkbox"/>
c. Estás asociado a algún círculo de interés, entrenamiento deportivo, club artístico, etc.		<input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		¿Cuál o cuáles? _____
25.- ¿Tú sales a las fiestas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
26.- ¿En las fiestas tomas bebidas alcohólicas o fumas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
27.- ¿Tienes información acerca del alcohol?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
28.- La información que recibes acerca del alcohol proviene de:		
Tus padres		<input type="checkbox"/>
La escuela		<input type="checkbox"/>
Tus amigos		<input type="checkbox"/>
Medios de comunicación (radio, TV periódicos, etc.).		<input type="checkbox"/>
Otros		<input type="checkbox"/>
29.- ¿Ves los anuncios que ponen por la TV sobre el alcohol?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
30.- ¿Alguien cercano a ti ha migrado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
31.- ¿Quién es la persona que te brinda apoyo incondicional?		
Padre	<input type="checkbox"/>	Abuelo <input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Abuela <input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
32.- ¿Qué piensas acerca del consumo de alcohol en los adolescentes?		

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Provincia _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Institución _____ Fecha: ____/____/____

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído por los representantes de la institución educativa, conjuntamente con todas las personas que participarán en el proyecto, será firmado por el o la representante de la comunidad educativa, antes de realizar las actividades de recolección de la información.

Usted, que representa a esta comunidad educativa, está invitado/a a participar en un estudio de investigación.

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a otras comunidades y personas en el futuro.

El objetivo de esta investigación es medir el nivel de consumo de alcohol de la muestra escogida para proponer un plan de intervención adecuado según los resultados obtenidos.

En el estudio participarán los /las adolescentes del colegio “Gabriel Ullauri” de la Parroquia Llacao.

La aplicación de los instrumentos se los realizará a cada participante dentro de la institución educativa, durante las horas de clase, con el acompañamiento de los profesores. El Test será aplicado por las autoras de la presente investigación.

La participación de cada una de las personas que pertenecen a la comunidad es voluntaria. Todas las personas tienen derecho a contestar la encuesta. Si por alguna razón cualquier persona decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera afectará al presente estudio.

Participar en el estudio puede involucrar proveer información que usted considere confidencial. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para los /las adolescentes. La información que usted nos dé es absolutamente confidencial. No nos es de nuestro interés los nombres de las personas, no incluiremos ninguna información que pueda hacer posible su identificación en el reporte o publicaciones posteriores. No hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación.

Por favor, pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Usted recibirá una copia de este consentimiento.

Declaración de Consentimiento:

En representación de la comunidad educativa he leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier persona de la comunidad tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí o para la comunidad. Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Representante de la Comunidad Firma

Yo _____, representante de _____,

acepto que mi representado participe en la investigación a realizarse.

Firma

Si no acepta participar, por favor explique por qué.

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO AUDIT

Pregunta Inicial:

¿Consumes algunas veces cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas?

Si. Continuar con la encuesta.

No. Indagación completa

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

0. Nunca

1. Una o menos veces al mes

2. De 2 a 4 veces al mes

3. De 2 a 3 veces a la semana

4. Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día 0. 1 o 2 de consumo normal?

1. 3 o 4

2. 5 o 6

3. De 7 a 9

4. 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. 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?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. 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?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

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?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

0. Nunca

1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente

3. Semanalmente

4. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

4. Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

0. No

2. Sí, pero no en el curso del último año

4. Sí, el último año

BAREMO DE CALIFICACIÓN

AUDIT	HOMBRES	MUJERES
No problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico- psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

CUESTIONARIO CAGE:

Pregunta Inicial:

¿Consumes algunas veces cerveza, vino u otras bebidas alcohólicas?

Si. Continuar con la encuesta.

No. Indagación completa

1. ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida?
2. ¿Le han molestado las observaciones; de su familia, allegados, conocidos, acerca de sus hábitos de bebida?
3. ¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable, por su manera de beber?
4. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana, para sentirse bien y empezar en forma el día?

Criterio de calificación: Se considera que una persona tiene problemas con el alcohol y presumiblemente es un alcohólico, si ha respondido afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

El Alcoholismo

- Es una enfermedad crónica y se considera una adicción de las más habituales y peligrosas, ya que por lo regular termina con el fallecimiento de quien la padece.

- El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol.

- La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado.

No hay una causa definida del alcoholismo pero hay factores que pueden jugar un papel en su desarrollo.

El Alcoholismo

- Beber alcohol dos o tres veces a la semana
- Tomar solo o a escondidas
- Dejar pendientes compromisos o actividades por beber
- Necesidad de tomar alcohol para estar tranquilo
- Llegar con frecuencia a la embriaguez
- Tener problemas sociales, familiares o laborales debido a las consecuencias de beber
- Problemas sexuales en el hombre (alteraciones en la erección)
- Falta de menstruación (sangrados mensuales en la mujer)
- Alteraciones en el tracto gastrointestinal (agrituras, sangrado, dolor)
- Anemia (palidez)
- Desnutrición

Alternativas de solución

- Los programas educativos sobre el alcohol, dirigidos a los adolescentes y a sus familiares pueden ser de gran utilidad.
- La desintoxicación es una alternativa viable. El alcohol es escondido bajo control. Se establece una supervisión. Se recetan tranquilizantes y sedantes para aliviar y controlar los efectos de la abstinencia.
- Los programas de rehabilitación están para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, a mantenerse en la abstinencia de alcohol.
- También hay terapias de aversión (repugnancia) en las que se utilizan medicamentos que interfieren en el metabolismo del alcohol y producen efectos muy desagradables, aún cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento.
- Alcohólicos Anónimos es un grupo de ayuda en la reconversión de alcohólicos que ofrece ayuda emocional y afectiva, bajo un modelo de abstinencia, a la gente que se está rehabilitando de la dependencia del alcohol.



¿Cómo parar el alcohol?

El primer paso es dándose cuenta que usted controla su propio comportamiento. Es el único control verdadero que usted tiene en su vida. Entonces úselo. Aquí están los siguientes pasos:

1. **Comprométase a dejarlo.**
Una vez que usted decide parar, puede hacer planes para asegurarse que va a tener éxito.
2. **Pídale ayuda a su médico.**
El médico puede ser su mejor aliado. El alcoholismo es un tipo de enfermedad que puede tratarse. Hablar con su médico o con un asesor psicológico acerca de sus problemas también puede ser útil.
3. **Consiga apoyo.**
Entre en contacto con Alcohólicos Anónimos o con el Consejo Nacional estadounidense para el alcoholismo y la dependencia de las drogas (Alcoholics Anonymous o National Council on Alcoholism and Drug Dependence). Ellos le darán las herramientas y el apoyo que usted necesita para parar. Pídale también apoyo a su familia y amigos.



ALCOHOL Y CONDUCCIÓN: "agua y aceite"

Los afectados pueden presentar algunas de las siguientes características:

El Alcoholismo