



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

109  
Rejem  
MAY 19 1995  
MEXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA PROMOVER EL USO  
DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CON  
FAMILIARES DE BEBEDORES PROBLEMA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A:  
CLAUDIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. HÉCTOR E. AYALA VELÁZQUEZ

1995

FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este esfuerzo, este logro, lo dedico con todo  
mi amor a:

Doña Esperanza y Doña Elisa  
por la lección de fortaleza y amor ante la vida.

A Gabriel, Irene, Gaby y Pato, mis mejores  
ejemplos, mis columnas más firmes, mis  
impulsores, a quienes tanto quiero.

A Adolfito mi crítico más severo, mi apoyo,  
mi maestro, mi compañero, mi mejor amigo,  
mi amor.

Este trabajo nunca lo hubiera podido realizar sin la ayuda incondicional de todas las personas que me rodean. Agradezco profundamente a:

El DR HECTOR AYALA por tener confianza en mí, por apoyarme y ayudarme con su tiempo y conocimientos para realizar éste trabajo.

A la LIC. GEORGINA CARDENAS por ser quien me brindó la primera oportunidad y creyó en mi capacidad.

A la LIC. NOEMI BARRAGAN por brindarme todas las facilidades de trabajar en el Centro Comunitario y hacerme sentir parte del grupo.

A la LIC. LETY ECHEVERRIA por su ayuda sin condiciones, su apoyo ilimitado, por dar tanto de sí misma y por sus atinados consejos.

A la LIC. LYDIA BARRAGAN por aceptar ser mi sinodal.

En Acapulco:

A MARIANA por ser la mejor jefa, por enseñarme que el conocimiento es más si se comparte, por acompañarme y vivir este proceso, por estar siempre para revisar y leer con entusiasmo cada capítulo, por escucharme y por ser sobre todas las cosas amiga. ● A DORIS por hacerme compañía y dejarme sentir su cariño, por las arrugas compartidas, por la confianza, por tener paciencia conmigo a la hora del bailongo, por no dejarme sola, por las carcajadas. ● A MIGUEL por ayudarme a superar los bajones de ánimo, por hacernos reír en los momentos más difíciles, por echarme la mano con las enormes listas de datos y por sacarle punta a mis lápices. ● A HILDA por su comprensión, su amistad sin límites, por abrirme los brazos y por soportar tanto. ● A SANDY por recordarme que mas

vale paso que dure... ● A ESTHER Y VERO por darnos a todos el ejemplo. ● A AIDE y CLAUDIA G por su apoyo. A las cuatro anteriores por que cada vez que me acerqué a pedir ayuda nunca me dejaron ir con las manos vacías. ● A JAIME por los gruñidos amistosos. ● A PATY Y MARU por los apapachos. ● A CLAU V por ser tan accesible, por escuchar, por su amistad y por aguantar tanta lata con los cheques. ● A IRMA por todo su apoyo, su ayuda y los "yo te cubro". ● A ABRAHAM Y GER por su entusiasmo por el futbol. ● A CELIA, MARY, ELENA, KARINA, EUNICE Y ALEJANDRA por su granito de arena, sus sonrisitas y sus porras.

En el Comunitario:

A MONICA por ayudarme con sus contactos en el DIF y en todo lo que necesité. ● A GABY, JORGE, SILVIA, ALICIA, ELIZABETH, GABY R Y YEDID por prestarme su material, las máquinas y apoyarme en un momento u otro de la investigación. ● A ADE, VICKY ESPERANZA Y ROSY por el buen ambiente y por su energía positiva.

A mis amigos LUIS, ADRIANA, ELENA, MARTHA ELENA, MARTHA G, EVA, LORENA, ERICKA, PATY Y TONO MEDINA por dejarme sentirlos tan cerca.

A mi FAMILIA por estar al pie del cañón y todos juntos en las buenas y en las malas.

A TODOS, no tengo palabras suficientes para decirles lo importantes que han sido y el sentido tan distinto que tendría mi vida sin ustedes.

Otra vez GRACIAS.

## INDICE

	pág
Resumen	I
Introducción	II
Capítulo I Alcoholismo	1
Capítulo II Familia	17
Capítulo III Actitudes	24
Capítulo IV Prevención	32
Capítulo V Método	44
Capítulo VI Resultados	52
Capítulo VII Discusión y Conclusiones	68
Anexos	77
Bibliografía	88

## **RESUMEN**

Este trabajo tuvo tres finalidades a) Desarrollar material informativo sobre problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, cuya función fuera promover los servicios de auto-control dirigido. b) Determinar el impacto de pláticas de información respecto al problema del alcoholismo, sobre los conocimientos y las actitudes que presentaban dos grupos de familiares de consumidores de alcohol. c) Desarrollar instrumentos sensibles para determinar el impacto de las sesiones informativas. El primer grupo se integró de familiares de bebedores problema que acudieron en búsqueda de ayuda al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" (n= 42) y el segundo grupo lo constituyeron familiares de consumidores de alcohol que asisten regularmente al Centro Comunitario DIF en la Colonia Ruiz Cortines, pero en este grupo se desconoció el grado de dependencia al alcohol. Se proporcionó a ambos grupos una sesión informativa en relación al Programa de Tratamiento para el Abuso en el Consumo de Alcohol, al proceso de recuperación y la importancia del apoyo para el mismo. El tipo de diseño fué cuasi-experimental de grupo control no equivalente, a ambos grupos les fué aplicado y pre-test y un post-test así como una Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol previa a la sesión informativa. Para el análisis de resultados obtenidos entre los grupos se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y  $X^2$ . Se reporta la comparación de la Escala de Actitudes entre los grupos y se comparan también los resultados de los cuestionarios pre-test y post-test. Se encontró una diferencia importante en las actitudes de ambos grupos, siendo el grupo Acasulco el que muestra una actitud negativa más clara hacia el consumo de alcohol. Respecto a las evaluaciones antes y después de la sesión, se reporta que los integrantes del grupo DIF presentaron un cambio menor en conocimientos que los integrantes del grupo Acasulco. Se discuten los resultados y se realizan propuestas para futuras investigaciones en esta área.

## **INTRODUCCION**

En México se tienen altos índices de consumo de alcohol, se sabe que entre los 12 y los 65 años de edad, el 73.4% de las personas se reportan como bebedores (Encuesta Nacional de Adicciones 1994). Los factores que producen el consumo de alcohol y los factores consecuentes que propicia han llevado a considerar este problema como uno de los fenómenos más preocupantes de nuestra sociedad (Molina Piñeiro, 1983).

Han sido realizados diversos programas preventivos dirigidos hacia los consumidores de todas las edades y hacia personas que pudieran ser a futuro posibles consumidores, pero existen poco trabajo relacionado con los familiares de los bebedores.

Se conoce que el consumo excesivo de alcohol es causa de rupturas familiares, de violencia entre los cónyuges y los hijos, etc. Y se requiere de una orientación dirigida al familiar que apoye el proceso de recuperación del beber problemático o que sea el factor motivacional en la búsqueda de ayuda para éste problema, encaminada a lograr el bienestar de la familia.

La sesión informativa que fué brindada a los familiares contempla temas relacionados con las situaciones que comunmente vive una familia con un miembro que tiene problemas con su consumo de alcohol y que busca ayuda para cambiar.

Este trabajo se organizó de la siguiente manera:

**Capítulo I Alcoholismo**

Se describe lo que es el alcoholismo, las diversas formas de consumo de alcohol entre los individuos. Se menciona la problemática de alcohol en México y se hace una breve revisión de los tratamientos dirigidos al problema del abuso del alcohol.

**Capítulo II Familia**

Se revisa el concepto de familia y se hace énfasis en la familia con un miembro alcohólico.

**Capítulo III Actitudes**

Comprende las actitudes en la familia y describe las formas de medir las actitudes.

**Capítulo IV Prevención**

Hace referencia a las estrategias de prevención y remarca la importancia de llevarla a cabo con la familia.

**Capítulo V Método**

Describe el planteamiento metodológico que sustenta esta investigación.

**Capítulo VI Resultados**

Reporta los resultados de la investigación.

**Capítulo VII Discusión y Conclusiones**

Se discuten los resultados y se proponen recomendaciones para futuras investigaciones sobre el tema.

**CAPITULO I**  
**ALCOHOLISMO**

## **CAPÍTULO I ALCOHOLISMO**

### **Definiciones de alcoholismo**

El fenómeno del alcoholismo es un importante problema de salud pública en México, según lo indican resultados de diversas investigaciones (Medina-Mora, et al, 1989.; Castañeda G, 1992.;Centros de Integración Juvenil, 1984). Esta información señala que si bien el consumo de alcohol en el país en términos de su prevalencia no es tan alto en comparación con otros países, sí es muy significativo si consideramos que en nuestro país la mayoría de las veces que se consume alcohol, se ingieren grandes cantidades aunque no sea frecuentemente y el mayor consumo se presenta en la población de adolescentes y adultos jóvenes que conforman el sector mayoritario de la población (Medina-Mora, y Cols, 1989).

En general el término "alcoholismo" se utiliza para designar a aquellos casos en que el alcohol que se ingiere es suficientemente grande para dañar el funcionamiento físico, personal, psicológico o social del sujeto o cuando se convierte en un prerrequisito para su funcionamiento "normal" (Ayala, H. y Cárdenas. L. 1992)

Para la mejor comprensión del problema del alcoholismo es necesario dejar claros las diversas formas de consumo de alcohol entre los individuos. La Encuesta Nacional de Adicciones (1990) define siete diferentes patrones de consumo de alcohol.

**Abstemios:** Son personas que consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia menor a una vez al año.

**Bebedores poco frecuentes:** Aquellas personas que consumen más de una vez al año, pero menos de una vez al mes.

**Bebedores moderados de bajo nivel.** Personas que consumen una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que nunca consumen más de 5 copas por ocasión de consumo.

**Bebedores moderados de alto nivel:** Las personas que consumen una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

**Bebedores frecuentes de bajo nivel:** Quienes reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que nunca consumen 5 copas o más por ocasión de consumo.

**Bebedores frecuentes de alto nivel:** Ellos reportan un consumo de una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

**Bebedores frecuentes consuetudinarios:** Son personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana.

## **Epidemiología**

El alcoholismo constituye uno de los problemas que por los factores que lo producen y los efectos consecuentes merece considerarse dentro del análisis científico de los fenómenos más preocupantes de nuestra sociedad (Molina Piñeiro, 1983)

La información es la clave para conocer el problema del abuso del alcohol; la pauta para disminuir, controlar, detener o prevenir las consecuencias y/o problemas sociales que ocasione éste fenómeno.

Los datos arrojados por la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones (1994) muestran que en nuestro país la población que se encuentra entre los 12 y 65 años, el 66.5% se cataloga como bebedores, el 25.4% como no bebedores y el 8.1% como ex-bebedores; mientras que la población que habita en la zona metropolitana de la Ciudad de México el 73.4% se clasifica como bebedores, el 19.9% reportó no ser bebedor y el 6.8% se manifiesta como ex-bebedores.

De acuerdo a la frecuencia de consumo se encontró que el 2.1% consume alcohol de 5 a 7 veces por semana, el 13.9% lo hace de 1 a 4 veces por semana, 21.5% de 1 a 3 veces por semana, el 41.8% de 2 a 6 veces por año, el 17.8% una vez al año y se reportaron sin consumo el 2.8%.

De acuerdo al patrón de consumo el 26.6% se clasificaron como no

bebedores, los bebedores poco frecuentes suman el 45.8%, el 7.1% son bebedores moderados de bajo nivel; los bebedores moderados de alto nivel son el 8.7%, los bebedores frecuentes de bajo nivel son el 4.1%, mientras que los bebedores frecuentes de alto nivel suman el 3.9%, siendo los bebedores consuetudinarios el 3.8% de la población, estos datos abarcan a la población urbana que se encuentra entre los 12 a 65 años.

La cerveza la consumen 70.9% de la población, el 48.8% bebe destilados, el 28% vino de mesa. Los coolers un 9.1%, el 4.4% toma pulque y un 0.4% alcohol de 96°.

El 9.4% presentó 3 o más síntomas de dependencia al alcohol de ellos la prevalencia masculina fue de 19.5% y del 1.2% la femenina.

Las personas que consumieron 5 copas o más por ocasión de consumo presentaron consecuencias negativas en la siguiente distribución:

Problemas con la familia	20.1%
Problemas en su trabajo	5.1%
Problemas con su salud	12.1%
Problemas con la policía	4.6%
Problemas con sus amigos	8.4%
Problemas en bares u otros sitios	2.6%
Accidentes automovilísticos	3.5%
Ninguno	43.5%

## **Tratamientos Dirigidos al problema del abuso del alcohol**

La mayoría de los tratamientos encaminados a la solución del problema del abuso del alcohol tienen como meta la abstinencia dada la prevalencia del modelo médico que contempla el problema del beber excesivo como una enfermedad, sin embargo a partir de los 70's Miller (1974 ) y Sobell y Sobell (1975 ) inician sus trabajos dirigiendo la meta de tratamiento no solo a la abstinencia sino también a la moderación.

Entre los tratamientos más importantes dirigidos a la abstinencia se encuentran:

- a) Tratamientos con uso de medicamentos
- b) Tratamientos aversivos
- c) Psicoterapia
- d) Terapia familiar
- e) Alcohólicos Anónimos

Los dirigidos a la moderación:

- a) Entrenamiento conductual de auto-control
- b) Entrenamiento de relajación
- c) Entrenamiento en habilidades sociales

## **Tratamientos dirigidos a la abstinencia**

### **Tratamientos con uso de medicamentos:**

**Disulfiram (Antabuse)** - Es el más popular de los agentes químicos utilizados para el tratamiento del alcoholismo, produce reacciones violentas displacenteras cuando es combinado con el uso del alcohol.

Los síntomas de la reacción disulfiram-etanol incluyen, calor, náusea y vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad, dificultad para respirar, taquicardia y una marcada disminución de la presión arterial (Amit y Levitan, 1977).

**Metronidazol** - Fue usado inicialmente en 1959 para el tratamiento de infecciones urinarias y vaginales. Uno de sus efectos secundarios es un sabor metálico en la boca y aversión al sabor del alcohol.

El uso de esta droga fue reportado como peligroso en 1980, ya que el metronidazol produjo cáncer en los animales de laboratorio (Rada y Kellner, 1979).

**Psicotrópicos** - Los medicamentos psicotrópicos son aquellos encaminados a influir directamente en el estado mental y a aliviar síntomas tales como depresión y ansiedad. Los psicotrópicos han sido usados extensamente en el proceso de desintoxicación (Gessner, 1970; Rada y Kellner, 1979)

**Tranquilizantes Menores** - Después del alcohol, los tranquilizantes menores representan algunas de las drogas más ampliamente usadas en nuestra sociedad. Estas drogas se han prescrito a los alcohólicos debido a su acción anti-ansiedad, que calma sin ser tan fuerte como los barbitúricos y con un riesgo aparentemente menor de adicción farmacológica.

### Terapias Aversivas

Como son aplicadas a problemas de ingesta, éstas terapias tratan de interrumpir la conducta de ingesta creando aversión o disgusto a las bebidas alcohólicas. Esta aproximación terapéutica se basó inicialmente en los conceptos de condicionamiento pavloviano (Kantorovich, 1930).

El procedimiento de las terapias aversivas consiste en relacionar un estímulo condicionado (bebidas alcohólicas) con un estímulo incondicionado, que es poderosamente displacentero.

**Terapias aversivas con agentes químicos.** Se ha utilizado agentes como la Emetina, Apomorfina y Succinylcholina. En el caso de la emetina se aplicaba una inyección intramuscular que producía náuseas y vómito cuando se consumía alcohol (Voegtlin, 1940). Esto ocurría en 30 mins. y el paciente recibía 5 sesiones de condicionamiento aversivo.

Con la Succinylcholina se produce una parálisis total de músculos, incluyendo aún los involucrados en la respiración, justo antes de la inyección intravenosa se le dá alcohol al paciente para olerlo y probarlo.

**Terapia aversiva eléctrica-** Debido a la aversión química desagradable y a las contraindicaciones médicas del uso de fármacos, varios investigadores han utilizado los electrochoques como un estímulo incondicionado alternativo.

Los estudios que han usado electrochoques han sido variados con respecto a la intensidad y duración del choque, el paradigma de condicionamiento empleado y el lugar en el que el choque se dá. Esta técnica de tratamiento para bebedores problema es incierta actualmente(Miller,1978 y Vogles y cols,1975).

**Sensibilización cubierta-** También llamada terapia de aversión verbal, es una técnica que incluye guía verbal, se le pide al paciente que imagine al alcohol y escenas de ingesta asociándolas con sentimientos displacenteros, generalmente nauseas y vómito.

### **Psicoterapia**

Probablemente el obstáculo más significativo para interpretar los datos favorables en la psicoterapia, es una ambigüedad general en lo que se refiere a lo que fue exactamente realizado durante la misma. En la mayoría de los estudios se afirma simplemente que los pacientes recibieron psicoterapia individual o de grupo, sin embargo los contenidos, procedimientos y direcciones de tales psicoterapias son

tan variados que resulta problemático reconstruir el proceso de tratamiento.

### **Terapia familiar**

Esta terapia incluye un amplio rango de aproximaciones teóricas y de intervenciones terapéuticas. Técnicas específicas han incluido un grupo concurrente para parejas de alcohólicos, reuniones grupales familiares excluyendo al alcohólico, grupos de parejas y terapia de familias asociadas. Además las orientaciones teóricas que son las base para la terapia familiar han sido diversas.

### **Alcohólicos Anónimos**

Esta asociación está ubicada como adecuada en el tratamiento de los enfermos alcohólicos, su programa de 12 pasos está diseñado alrededor de principios de camaradería, autoayuda, una actitud de Buen Samaritano frente a otros alcohólicos; esto combinado con los principios terapéuticos de grupo con reminiscencias de una identificación religiosa y de servicio, tendiendo a aumentar la autoestima del paciente a través de hacerlo útil con otros, así como a fortalecer la resistencia a la tentación por disuación moral y presión del grupo (Cárdenas L y Ayala V. 1993).

### **Aproximaciones de tratamiento orientadas hacia la moderación**

Tradicionalmente, una meta singular del tratamiento del alcoholismo ha sido una completa y total abstinencia. Creencia sostenida ampliamente de que es éste

el único método de tratamiento, ha sido cuestionado por décadas. Evidencias clínicas y experimentales recientes han demostrado que algunos alcohólicos, aún siendo crónicos, pueden ser capaces de moderar o controlar sus patrones de ingesta y mantenerlos por períodos de tiempo extensos (Anaya H.1987).

Una amplia variedad de estrategias de tratamientos conductuales no aversivos son ahora utilizadas para reducir el consumo excesivo de alcohol.

Un modelo de tratamiento conductual amplio para el alcoholismo, necesita el uso de una variedad de técnicas. El rango de técnicas actualmente es muy amplio.

> Técnicas que disminuyen inmediatamente las propiedades de reforzamiento del alcohol; son comúnmente usadas. Estas incluyen asociación aversiva o estímulo displacentero con el patrón de ingesta y con una amplia variedad de factores ambientales que provocan la conducta.

> Técnicas de auto-control o auto-gobierno, para controlar el impulso y reorganizar el estímulo ambiental asociado con la conducta de acercarse al alcohol.

> Técnicas designadas a proveer al alcohólico de conductas sociales-emocionales incompatibles con el abuso de alcohol. Estas incluyen el aprendizaje de formas alternativas para tratar situaciones de estrés, sociales, maritales y laborales.

Las metas de tratamiento hacia la moderación tienden a ser más flexibles que otras aproximaciones tradicionales. Esto es una ingesta controlada, moderación

más que la abstinencia, es considerada aceptable como meta terapéutica (Baekeland,1977; Emrick,1982; Hill y Blane,1967; Miller y Hester,1980; Riley, Sobell, Leo, Sobell y Klajner,1987; Voegtlin y cols.1942).

A continuación revisaremos los procedimientos de tratamiento alternativos que han surgido en los últimos años, como rutas hacia la moderación, entre las cuales se encuentran: entrenamiento conductual de auto-control, entrenamiento de relajación y entrenamiento de habilidades sociales, siendo éstos los que han recibido mayor atención en el tratamiento del alcoholismo

La meta en la mayoría de los tratamientos conductuales para el abuso del alcohol consiste en enseñar patrones que son incompatibles con la ingesta excesiva. En situaciones que sirven como claves para el abuso de la ingesta, el alcohólico debe desarrollar respuestas alternativas más apropiadas.

Esta terapéutica tiene la ventaja adicional de proveer al individuo del control sobre su forma de beber y en su vida en general. Otras técnicas conductuales, las terapias de aversión y las aproximaciones operantes se basan en un control externo, de tal forma que otras personas le hacen algo al sujeto para alterar su comportamiento.

### **Entrenamiento conductual de auto-control**

En esencia se compone de respuestas que emite el alcohólico que disminuyen la probabilidad de beber excesivamente. Estas no sirven únicamente como alternativas al abuso del alcohol, por que son usadas ya sea antes o después del tiempo en la que la bebida es deseada o cuando se está bebiendo.

El auto-control es un proceso por el cuál el individuo comienza a ser el principal agente guía, dirige y regula aquellas características de su propio comportamiento, que eventualmente pueden conducir a las consecuencias positivas deseadas (Goldfried y Merbaum,1973).

### **Consecuencias Aversivas Finales**

Las consecuencias aversivas finales tales como malestares, pérdida de la familia o pérdida del empleo, desafortunadamente ocurren mucho tiempo después de la ingesta, siendo que si fuesen consecuencias inmediatas negativas podrían influir en la disminución de la frecuencia o de la cantidad ingerida. Un método para utilizar estos factores como ventajas, es pedirle al usuario que enliste las consecuencias negativas que serán ocasionadas si continúa bebiendo excesivamente y enlistar las consecuencias positivas que resultarían de su abstinencia ó ingesta moderada. Estas consecuencias deben leerse tratando de vivenciarlas con las emociones que las acompañan, ésto aumenta el poder de auto-control.

### **Programación Conductual**

De acuerdo a Thoresen y Mahoney (1974) el concepto de programación conductual se refiere a que el individuo rearregla las consecuencias de su propia conducta. Básicamente ésto es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es dado contingentemente a la abstinencia o ingesta moderada y el castigo o retiro del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido el individuo por sí mismo arregla y se provee con estas contingencias.

### **Mantenimiento de una Conducta de Auto-control**

Existen una variedad de métodos disponibles para ayudar al terapeuta en la ejecución de este trabajo. La cooperación del cliente es aumentada cuando las conductas que se van a modificar junto con las contingencias que van a ser arregladas son altamente especificadas. De ésta manera, el usuario siempre sabrá cuando va a premiar o a castigar su conducta. Dependiendo de la meta de tratamiento, las contingencias positivas pueden darse.

El instruir al usuario a auto-registrar su conducta, ayuda al terapeuta a evaluar y así reforzar exitosamente la aplicación del auto-control. El auto-registro sirve como un medio de auto-control que puede disminuir la probabilidad de una ingesta excesiva. El auto-registro tiene como objetivo el que el ser humano maneje más información sobre su problema para tener más control sobre éste.

### **Entrenamiento de relajación**

Este ha sido utilizado para ayudar a las personas a reducir ansiedad, reducir la necesidad y urgencia en el beber, poder conciliar el sueño más fácilmente y tratar con factores ambientales que traen como consecuencia la ansiedad (Miller y Mastria,1977).

El entrenamiento en relajación incluye un proceso en el cuál, durante una serie de sesiones el usuario es enseñado a relajarse muscularmente, grupos de músculos son tensionados individualmente y después gradualmente relajados.

Comúnmente el entrenamiento de relajación no es usado solo, sino como parte de la desensibilización sistemática (Wolpe,1973) que consiste en asociar situaciones que producen ansiedad con relajación. Al usuario se le presentan situaciones jerarquizadas que provocan estrés comenzando con la que lo provoca en menor escala. El tratamiento generalmente termina cuando el usuario puede imaginar aquello que antes del tratamiento era la escena que producía mayor estrés y puede estar relajado mientras lo hace.

### **Entrenamiento en Habilidades Sociales**

Se refiere a desarrollar habilidades para expresar apropiadamente los derechos y sentimientos personales, positivos y negativos, en la presencia de otros (Herson y Miller,1973). Esto incluye una amplia variedad de respuestas, incluyendo las expresiones de desacuerdo con algunas opiniones, enojo, amor y afección. Los

déficits de éstas habilidades con frecuencia causan problemas intra e interpersonales, los cuales generan una variedad de respuestas maladaptativas entre las que se encuentra el abuso de alcohol.

**CAPITULO II**  
**FAMILIA**

## **CAPITULO II FAMILIA**

El objetivo de estudiar a la familia en esta investigación deriva de la importancia de las instituciones como agentes del proceso de cambio. Los investigadores en prevención del abuso en el consumo de alcohol han identificado instituciones minoritarias que tienen el potencial o sirven como facilitadores e impulsan el cambio social. Por ejemplo la iglesia, la familia y los sindicatos han sido mencionados como posibles vehículos que facilitan las intervenciones preventivas en comunidades afroamericanas o hispanas (Caetano 1986; Herd 1986; Corbett y cols. 1991; y Ames y Mora 1988. Citado en Howard J. 1993).

En la mayoría de las concepciones sobre familia existen elementos comunes tales como que la familia compone un "sistema", "tiene entradas y salidas de información" (Schneiderman, 1975), una "unidad primaria", "unidad flexible" (Ackerman, 1974) "ejerce influencia sobre sus miembros" (Leda, 1980).

La teoría del aprendizaje social sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle y cols; 1980; Marguiles, Kessler y Kandel, 1977; citado en Ayala, 1992). La teoría del aprendizaje social sobre el uso y abuso del alcohol, considera las experiencias tempranas tanto directas como vicarias con el alcohol dentro de un contexto social y de desarrollo. Los patrones de beber se aprenden

dentro de un contexto general de socialización, por lo cual en las diferentes etapas vitales (infancia, adolescencia y adultez), las creencias sobre el uso del alcohol cambian en concierto con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Celluci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979; citado en Ayala,1992).

Las funciones básicas de la familia pueden dividirse en externas e internas; las externas están relacionadas con la trasmisión y el mantenimiento de la cultura y las internas con la protección bio-psico-social del individuo.

En la familia existen mecanismos de retrolimentación que actúan como reguladores del comportamiento de sus miembros, estos aparecen debido a que las personas que viven juntas durante mucho tiempo, no toleran todos los tipos de conducta que intercambian y se dan a la tarea de poner límites entre unos y otros; en la medida en que los miembros de la familia se limiten entre sí, interactúan en términos de procesos correctivos del sistema total.

Estos procesos de conducta mutuamente reactiva definen las reglas del sistema familiar que, en este sentido, es un sistema dotado de un proceso regulador, el cuál es único en cada sistema familiar, así cada miembro funciona como regulador de los demás y de ésta forma se mantiene el sistema(Medina y Reyes,Tesis UNAM 1987).

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad en la cuál se desarrollan.

La familia resulta de suma importancia dentro de cualquier estudio sobre el comportamiento y en casos como éste, en el cuál se estudian las actitudes de ésta hacia uno de sus miembros que presenta una conducta problemática, los familiares pasan a tomar un papel preponderante.

## **FAMILIA CON UN MIEMBRO ALCOHÓLICO**

La conceptualización popular del alcohólico es la de un individuo sin hogar, sin trabajo, físicamente deteriorado y sin habilidades para establecer soluciones a sus problemas, éste concepto puede ser real pero solo cuando se ha alcanzado un nivel de dependencia física grave, no es de ninguna manera la realidad representativa del grueso de la población que consume alcohol de manera problemática.

Generalmente se le considera como un ente aparte, pero si consideramos que el alcohólico es un individuo que no vive solo sino con otras personas, generalmente con su familia y que por lo tanto forma parte de una comunidad, nos vemos obligados a cambiar la perspectiva que se tiene al respecto del problema del consumo excesivo de alcohol.

Las personas que rodean al consumidor excesivo viven con él su problemática, cada uno a su manera, la cuál casi nunca constituye un ayuda para el individuo.

Dentro del núcleo familiar, el consumo de alcohol de uno de los miembros puede ser tomado desde diferentes puntos, según la persona que lo refiera (esposa, hijos, padres, hermanos), cada uno tomará la conducta del consumo según su capacidad de análisis de la situación o del conocimiento que se tenga del fenómeno, creando así diversas actitudes dirigidas hacia el bebedor que afectan su conducta de consumo.

La familia del bebedor problema está considerada como familia disfuncional, en ella se encuentran características tales como cambio de roles (Bromet y Moos, 1977), se observan también conflictos mayores y disturbio en la comunicación (Billings, et al, 1979; Jacob, et al, 1981)

Unos de los costos más significativos del alcoholismo es el efecto perjudicial de los hijos en las familias involucradas, los hijos de los bebedores problema tienden a sufrir más de problemas físicos y emocionales tales como insomnio, pesadillas, depresión y ansiedad más frecuentemente que los hijos de bebedores moderados o padres abstinentes (Moos, y Billings, 1982)

Algunos investigadores (Orford, 1975; Paolino y McCrady, 1977) especularon que el alcoholismo no es el mayor problema marital y que el funcionamiento de la familia puede ser marginal aún si el miembro alcohólico se recupera. De hecho esto ha sugerido (Steinglass, et al, 1977) que éste problema de beber por uno de los miembros de la pareja puede tener una función adaptativa para la familia.

Sin embargo existe evidencia de que las familias de matrimonios estables

recuperados del alcoholismo funcionan relativamente bien (Orford, et al, 1976) que el cese del consumo de alcohol puede relacionarse con un mejor funcionamiento por parte del cónyuge y la familia (Steinglass, 1981) y que ésta cohesión familiar así como el involucramiento de la esposa en el tratamiento puede ayudar al proceso de recuperación (Orford, et al, 1976; Wright y Scott, 1978).

La falta de información que tienen los familiares de un alcohólico sobre el problema, hace que no se detecte éste a tiempo, empezando a desequilibrarse el sistema y afectando a todos y cada uno de los integrantes del mismo. La concientización de la familia con respecto al problema del alcoholismo es de vital importancia, no solo para la detección y ayuda al bebedor problema sino también para la prevención de nuevos casos.

En nuestro país aún prevalece la idea de que el bebedor problema es un ser con poca fuerza de voluntad, generalmente la familia desconoce que su familiar es alguien con un problema de conducta a quien puede apoyar para que su recuperación se realice y que este apoyo no solo ayudará al bebedor sino también a ellos mismos.

Resulta claro que el individuo se forma en la familia y ésta transmite valores y modelos que determinan el patrón de conducta a seguir, considerando esto podemos observar que es en el núcleo familiar en donde se debe trabajar para lograr un cambio de actitud.

Lograr la participación de los familiares se puede llevar a cabo mediante la concientización del problema, brindando información lo más completa posible, encaminada a lograr el apoyo hacia su familiar por medio del conocimiento, desmitificando conceptos y actitudes arraigadas respecto a ésta problemática.

**CAPITULO III**  
**ACTITUDES**

### **CAPITULO III ACTITUDES**

Se considera que las actitudes son el un reflejo de la forma primaria en la cuál se organiza la experiencia cuando el individuo se aproxima a cualquier situación nueva; en otras palabras, es la predisposición subjetiva sobre la conducta. Se supone que las actividades afectan no solo la conducta sino que también influyen en procesos tales como el aprendizaje, percepción, cognición y la formación de nuevas actitudes (Newcomb y cols. 1966)

Moscovici (1985) menciona que las actitudes se inscriben en la historia del individuo y, debido a ello, pueden cambiar en función de sus experiencias personales.

Según Newcomb y cols. (1966), las actitudes pueden ser vistas como tendencias o disposiciones evaluativas para emitir afirmaciones favorables o desfavorables o juicios con relacion con objetos o eventos. Resultan de una organización que realiza el individuo a partir de sus pensamientos (aspectos cognitivos), sus sentimientos (aspectos afectivos) y su conducta motora; y que se conforman en una disposición de respuesta. Las dos propiedades formales más importantes de las actitudes son la dirección y el grado de afecto representado. La dirección de la actitud se refiere a que el afecto que se experimenta hacia algún objeto puede ser positivo o negativo. Las actitudes positivas predisponen a la persona a aproximarse de alguna manera al objeto, mientras que las negativas la predisponen a evitar el objeto. Por otra parte, existen grados en el afecto que se experimenta, haciendo que las actitudes puedan ser más o menos extremas.

El concepto de actitud para Thurstone (1946) es "el grado de afecto negativo o positivo que está asociado en algún objeto psicológico. Un objeto psicológico es algún símbolo, eslogan, institución, idea o ideal hacia el cuál la gente puede diferir con respecto al afecto ya sea negativo o positivo (Cuevas,1981).

Por su parte Kats (1960) propuso otra definición aceptada de manera general, "la actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y a los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos (op cit).

Cuando los psicólogos hablan de actitud, se refieren en general a un afecto o disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social. Además, por lo común estarán de acuerdo en que la actitud está relacionada con algún componente valorativo; es decir, que con el afecto se estará en pro o en contra de algo y con la disponibilidad se acepta o se rechaza.

Con el fin de comprender la realización de distintas conductas sociales humanas, se han estudiado las actitudes en diversos grupos a través de las escalas de actitudes. En la presente investigación se pretende conocer la actitud de los familiares de bebedores problema ya que se supone un vínculo entre la actitud y el comportamiento.

Uno de los enfoques de la investigación sobre el abuso de alcohol en un miembro de la familia se refiere a la forma como los demás miembros responden a la problemática de manera natural, así como las tácticas y estrategias que adoptan el intento de controlar el abuso y sus consecuencias (Orford,1990)

El concepto de "enfrentar de la familia" se refiere a una amplia gama de respuestas que los miembros de las familias reportan utilizar a consecuencia de estar en contacto cercano o de ser afectados por la forma de beber de algún miembro de sus familias. Incluye las acciones deliberadas efectuadas con un fin concreto; por ejemplo, prohibir beber en casa, rehusarse a prestar dinero, ser particularmente apoyadores, buscar ayuda externa, etc. Pero también incluye otro tipo de acciones que los familiares reconocen como seguramente útiles para sí mismos o para su familiar; por ejemplo: aterrizarse y no poder hacer nada, mantenerse al margen, iniciar discusiones, solapar, etc. (Natera,1992)

Lo que tienen en común estas formas distintas de enfrentar es que ocurren de manera natural y que es posible comunicarlas a otras personas que están interesadas en comprender y ayudar. Estas formas son los recursos naturales para los diferentes niveles de prevención.

## **MEDIDAS DE LAS ACTITUDES**

Al no ser las actitudes directamente observables, pueden medirse solo de manera indirecta, y la mayoría de las veces las medidas se concentran en alguno

de los componentes (Cognoscitivo, Afectivo o Conductual) de éstas.

Las pruebas, al mismo tiempo de confiabilidad y validéz, deben tener sensibilidad para discriminar diferencias finas y gruesas a lo largo de la dimensión a examinar. Al requerir de puntos finos, las pruebas se basan en reportes verbales. Algunas de las diferentes técnicas para medir la gran variedad de respuestas verbales se explicarán a continuación.

### Métodos de Thurstone

L.L. Thurstone (1929) creó tres formas para medir las actitudes:

- > Método de Comparaciones Apareadas - Consiste en la presentación de un número considerable de pares de afirmaciones, las cuáles serán calificadas por jueces, en cuanto al grado de favorabilidad de los reactivos hacia el objeto medido. Posteriormente se calculan probabilidades, puntajes Z y se presentan a los sujetos.
  
- > Método de Intervalos Aparentemente Iguales - Consiste en la formación de once grupos, que ván desde totalmente desfavorable(1) hasta totalmente favorable(11) hacia el objeto actitudinal medido. Se calculan los valores escalares y rangos intercuartilares para seleccionar los mejores reactivos. Finalmente se presentan a los sujetos.
  
- > Método de Intervalos Sucesivos - Es similar al anterior, con la diferencia que se calculan las frecuencias con que los reactivos se asignaron a los once grupos como base para evaluar la distancia entre ellos (Marín, 1975).

### Método de Rangos Sumarizados de Likert

Es una técnica para medir actitudes (Likert,1932) que cumple con las siguientes características:

Se elabora un cuestionario piloto con un mínimo de 70 preguntas para cada dimensión, se trabaja con 5 alternativas que son las siguientes.

- Totalmente de Acuerdo
- Acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

Esto no indica que no se puedan variar las alternativas utilizando el continuo adecuado al objeto de medición. Se califican las opciones dependiendo de la favorabilidad o desfavorabilidad de la pregunta. En ésta prueba el principal criterio para la inclusión de un ítem en la prueba final es su consistencia interna.

### Método del Diferencial Semántico de Osgood

El Método de Diferencial Semántico de Charles E. Osgood no había sido elaborado para medir actitudes, sino que se encaminó para explotar las dimensiones del significado.

El diferencial semántico mide las reacciones de los individuos a objetos semánticos (Summers,1976); sin embargo Osgood, Tannenbaum y Suci(1957)

definieron su posición con respecto a la adaptación del diferencial semántico a la medición de actitudes.

La técnica consiste en presentar a los sujetos una serie de escalas semánticas basadas en objetos bipolares. Osgood emplea un mínimo de nueve adjetivos bipolares y se les pide a los sujetos indicar con una x su propia decisión sobre la escala.

Los valores numéricos pueden ser de más tres a menos tres o, en algunos casos, de 7, representando el número 4 el punto central. La puntuación de un individuo corresponde a su puntuación total en todas las escalas que miden el concepto en cuestión. Osgood, Tannengaum y Suci (1957) descubrieron que el significado de que un concepto tiene tres importantes factores a saber, a) el evaluativo, b) el de potencial y c) el de actividad, siendo el más importante, el factor evaluativo, siendo además el más cercano al componente afectivo de una actitud.

Como esta escala utiliza palabras aisladas en lugar de oraciones, en su medida destaca claramente el factor emocional que se asocia a un objeto actitudinal.

#### Escala de Distancia Social

En 1925, Bogardus diseñó esta escala de actitud. Esta prueba y las que se derivan de ella, son las que mejor miden el componente connotativo de una actitud.

Con ésta prueba, pueden medirse diferencias entre los individuos hacia un mismo grupo, lo mismo que diferencias interpersonales hacia diferentes grupos (Keats, 1974).

Esta prueba es muy útil y relativamente sencilla, aunque su principal limitación parece estribar en el hecho de que se trate de una prueba de aceptación de estímulos que suele percibirse de una manera negativa.

El medir las actitudes de las diferentes formas que se ha mencionado depende del diseño de cada investigación y de las necesidades que ésta presente, sin embargo la importancia de medir la actitud de la familia en relación a la conducta de uno de sus miembros es relevante si consideramos que en investigaciones como la presente la familia tiene un papel preponderante ya que es dentro de la familia donde se detectan los primeros problemas en relación al consumo de alcohol y donde se viven las consecuencias de su uso y abuso; más aún son los miembros de la familia los que apoyan o no el proceso de recuperación del bebedor, o sea la piedra angular en el éxito que se tiene en el proceso de tratamiento de esta problemática.

**CAPITULO IV**  
**PREVENCIÓN**

## **CAPITULO IV PREVENCIÓN**

Durante las dos últimas décadas, se ha propuesto y promulgado en varias partes del mundo una serie de políticas con el objetivo de reducir el consumo de bebidas alcohólicas. A un nivel internacional, la OMS ha declarado a los problemas relacionados con el alcohol, como una amenaza a la salud pública y ha llamado a los países a reducir su consumo para disminuirlos.

La investigación en prevención está construida sobre la integración de tres perspectivas científicas: el curso de la vida, enfocado en el descubrimiento de caminos que conducen a la salud o a la enfermedad; epidemiología comunitaria, enfocada a aplicar los diferentes caminos descubiertos a poblaciones definidas en sus sets ecológicos; e intervenciones preventivas, enfocadas en la maleabilidad de los antecedentes y el curso del descubrimiento. Esta perspectiva se basa en las descubiertas influencias biológicas, psicológicas, conductuales, sociales y culturales sobre las respuestas que van desde individuales a sociales y altos porcentajes que demandan atención individual en campos sociales en estados específicos de la vida (Department of Mental Hygiene y Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health Baltimore 1994).

La prevención en el modelo tradicional de salud pública identifica tres elementos los cuales deben ser considerados (Holder H.D. 1994): 1) El anfitrión, 2) el medioambiente y 3) el agente. Cuando aplicamos este modelo simple hacia la reducción de problema 1) el individuo bebedor y sus decisiones y valores personales acerca del uso del alcohol y 2) el medioambiente que se encuentra alrededor del

contexto de beber. Esto incluye el contexto de beber y el lugar, el grupo social del cual beber es parte y el medioambiente físico en el cual el beber ocurre. El tercer elemento es 3)el agente o la bebida alcohólica por sí misma, definida como cerveza, vino, bebidas destiladas solas ó una combinación de éstas con otros líquidos tales como jugos de fruta, leche,refrescos, etc.

Las alternativas de prevención de alcohol se han sumariado bajo alguno de estos tres elementos que reflejan su énfasis primario.Esto no significa que cada política esté dirigida hacia uno de esos tres elementos. Una política de alcohol puede incluir dos o más elementos. Aquí por conveniencia identificamos la intención primaria u objetivo de intervención en términos de que ésta se dirige a cada uno individuo, medioambiente o agente(op.cit).

#### El individuo

Los esfuerzos de prevención dirigidos al individuo están relacionados con la influencia de decisiones personales y valores acerca de beber . Ejemplos de ésta política son a)educación y comunicación para cambiar las decisiones de cada bebedor, b)restricciones y advertencias para reducir la promoción de bebidas o estimular las ventas de alcohol c) el uso de etiquetas de advertencia en los productos para reducir el consumo peligroso y d)disuasión para reducir el manejo y el beber.

#### Políticas dirigidas al medioambiente (contexto del beber)

Aquí la discusión se enfoca en tres tipos de políticas de medioambiente del alcohol: a)acceso a bebidas alcohólicas, b) restricciones en la conducta del bebedor

y c) esfuerzos para reducir el riesgo o la severidad de los problemas.

#### Estrategias dirigidas al agente

Estas políticas completan las tres partes del modelo de salud pública enfocado en las bebidas alcohólicas ellas mismas como punto de intervención.

Dos ejemplos de políticas dirigidas al agente son bebidas bajas en alcohol o no alcohólicas y etiquetas de advertencia en los envases de alcohol.

Pese a la variedad de restricciones legales y medidas regulatorias propuestas para las bebidas alcohólicas, no se han obtenido grandes avances en cuanto a disminuir los problemas relacionados con su consumo(op.cit).

Algunos de los países en donde más impuestos tiene el consumo de bebidas alcohólicas (E.U., Canadá, Islandia, etc.) presentan tasas relativamente altas de problemas relacionados con el alcohol.

Restringir el número de expendios ha influido poco en las ventas globales y reducir las horas de venta ha provocado un cambio de horario para su adquisición, no una disminución en la cantidad consumida.

La publicidad no genera las ventas; más bien se utiliza para conservar la porción del mercado conquistado por una marca (Dwight B. Heath, 1991).

La educación para el consumo responsable debe desarrollarse con cuidado

y atención a las experiencias anteriores. La educación impartida debe reforzarse a nivel social y el mensaje sobre el consumo reiterarse en la familia, en la comunidad y en las políticas gubernamentales (Bagnall, 1991).

En México, desde finales de los 60's, se observa un interés importante tanto por parte de las autoridades, como de la población en general sobre este problema, probablemente por el temor de la explosión de una epidemia que no existía en ese momento. Por lo que se crean al inicio de los 70's, casi simultáneamente, centros de estudio e instituciones de tratamiento. Al no existir una demanda importante de tratamiento, una parte fundamental de sus acciones se orientaron a la prevención (Medina, M. y López, L. 1993).

El término prevenir derivado de la palabra griega *prevenire*, significa prever un daño o peligro; es equivalente en el campo de la medicina a profilaxis, y se ha utilizado, para referirse a las medidas que se deben tomar para evitar que se presenten las enfermedades. Las intervenciones preventivas generalmente han sido vistas como intentos de modificar un agente individual o factor medioambiental que contribuye al problema del alcohol, cambiando para explotar otro factor que reduzca el riesgo (IOM, 1989)

Todas las investigaciones relacionadas con el uso y abuso del alcohol son potencialmente relevantes, en un sentido teórico, para la investigación de los problemas relacionados con el alcohol. Estudios biomédicos así como psicológicos pueden generar descubrimientos que influyan en las intervenciones preventivas. Por ejemplo, los datos indican que el consumo excesivo de alcohol produce una alta

concentración de alcohol en la sangre (Dufor y cols,1992) tiene implicaciones para el diseño y prueba de estrategias para determinar la intoxicación y el deterioro por alcohol en relación a la madurez. Y también puede ser un argumento para los encargados del gobierno de investigación de las bebidas alcohólicas y problemas relacionados con el propósito de prevenir y reducir estos problemas. La investigación en prevención en el area del alcohol contiene dos importantes componentes: la investigación de intervención y la investigación de preintervención. La investigación de intervención es la prueba actual de una estrategia sencilla o múltiples estrategias que se cree que tienen el potencial para prevenir o reducir problemas relacionados con el alcohol.. La investigación en preintervención comprende un amplio espectro de estudios directamente relevantes para descubrir la efectividad de las intervenciones preventivas y técnicas para medir su impacto(Howard J. 1993).

Dependiendo de la intervención de interés, los estudios de intervención pueden enfocarse en estas tareas:

- \* La identificación adecuada de grupos en terminos de problemas prevalentes, factores de riesgo y oportunidades de intervención.
- \* Identificación de objetivos apropiados de intervención o puntos intermedios en terminos de niveles de problemas relacionados con el alcohol y validez de las fuentes de preintervención y postintervención de los datos del problema.
- \*Descubrimiento de aproximaciones viables de intervención dirigidos al individuo, el agente y o la extensión del medioambiente social, económico, político y cultural.
- \*Descubrimiento y prueba de los mecanismos costo-efectividad para la discusión de los planes de intervención.

**\*Selección, adaptación (o construcción) y prueba de instrumentos de medición adecuados(op.cit).**

Una tarea conceptual más clásica en varios campos de investigación en prevención (incluyendo al alcohol) es la definición y distinción de la llamada prevención primaria, secundaria y terciaria(op.cit).

A la reducción de la aparición de nuevos casos se le llama prevención primaria, a la disminución de la duración de las enfermedades mediante un diagnóstico oportuno y su tratamiento adecuado se le denomina prevención secundaria; la prevención de complicaciones a largo plazo o de recaídas se designa con el nombre de prevención terciaria(Calderón, G., 1983).

En relación a la prevención primaria Bagnall (1990) realizó un estudio presentando los descubrimientos de un estudio prospectivo controlado acerca de la efectividad de un paquete escolar de educación para los trece años. La investigación constaba de tres fases :(1) línea base de conocimiento de relación con el alcohol, actitudes y conducta, (2) descubrir y enseñar un paquete corto de educación y (3) seguimiento . Los resultados indicaron que los estudiantes que recibieron la educación en el alcohol, saben más acerca del alcohol que los del grupo control. Más aún, la intervención educacional se encontró que tiene influencia sobre el auto-reporte del último consumo de alcohol y sobre el consumo máximo, con los jóvenes "educados", ya que generalmente exhiben una conducta más controlada. Esto ha dado una pequeña evidencia científica de que esta educación recibida ha sido efectiva en cambiar la conducta de beber de los jóvenes. El

resultado de ésta investigación refuerza algunos estudios recientes los cuales sugieren que la mejor manera de manejar el problema es una aproximación educacional que tome en consideración las influencias sociales del uso y abuso de sustancias.

Moos y Moos han realizado estudios también sobre la prevención secundaria (1979, 1981, 1982, 1984). En 1994 realizan una investigación sobre el proceso de recuperación del alcoholismo después de una intervención secundaria. Las familias de los pacientes recuperados (N=54) y recaídos (N=54) fueron estudiados dos años después de que los pacientes completaron el tratamiento residencial y fueron comparados con familias control de la comunidad (N=105), en tres clases de funcionamiento familiar, índices de funcionamiento de los roles, medioambiente familiar y congruencia marido-esposa. Las familias de los pacientes recuperados funcionaron tan bien como las familias control. Las familias de los pacientes que recayeron mostraron menos cohesión, expresividad y orientación a la recreación y bajo acuerdo acerca de su medioambiente familiar que las familias control o las familias de pacientes recuperados y reportaron más discusiones familiares que las familias de pacientes recuperados, también mostraron funcionamiento alterado de los roles, la esposa no alcohólica realiza más tareas domésticas y la pareja alcohólica realiza menos. El funcionamiento familiar fue afectado por la adecuación de la adaptación de la pareja alcohólica y por los eventos de la vida, estresores y el nivel de disfunción de las esposas.

Tanto en el primero como en el segundo nivel , existe el objetivo de una modificación en los hábitos de consumo de la población, así como un cambio de

actitud hacia el alcohol. Para cumplir con éstos objetivos es necesario brindar a la población una información adecuada sobre daños, repercusiones y efectos del consumo de alcohol viéndolo como un problema global; sin embargo es una información que no solo debe ser brindada al individuo que tiene un consumo de alcohol problemático, sino también a los familiares de éste.

Existen alrededor del consumo de alcohol una serie de mitos originados por la falta de información y que es preciso atacar, ya que en muchos casos se ha visto, son los responsables del fomento en el consumo. No solo por bloquear la educación en el consumo de alcohol y lograr una detección temprana de un consumo excesivo, sino también por traducirse en la falta de apoyo y en actitudes negativas que complican el proceso de recuperación de un individuo.

La concepción moderna del alcoholismo como un fenómeno de comportamiento adictivo, presupone su modificación a través del aprendizaje, al definir la recuperación como una tarea de aprendizaje es necesario adoptar una serie de nuevas suposiciones sobre el tratamiento y el cambio conductual.

Una de éstas suposiciones es la que se refiere al proceso del cambio de un patrón conductual que involucra las siguientes etapas: pre-contemplación y contemplación (antes de cambiar), acción (el acto de cambiar en sí), mantenimiento y recaídas (Prochaska y Di Clemente, 1983). Existen otros autores que dividen este mismo cambio de manera similar proponiendo las etapas de: compromiso y motivación para el cambio, instrumentación del cambio conductual específico y el mantenimiento a largo plazo del cambio conductual (Marlatt y Gordon, 1985)

En las primeras etapas de ambas concepciones (motivación y el compromiso al cambio de Marlatt y Gordon, 1985 y precontemplación y contemplación de Prochaska y DiClemente, 1983) se considera que existen múltiples factores que influyen a una persona que tiene el deseo de modificar su consumo de alcohol, por ejemplo conocer el aumento de la tolerancia al alcohol, el cambio en su estilo de vida, las consecuencias a largo plazo y el daño de su salud, situación laboral, vida social y sobre todo su vida familiar.

Es por esto que resulta esencial al decidir un cambio, el considerar todos los factores motivacionales que involucra esta acción, de no hacerlo se obtendrá un compromiso para el cambio débil y de corta duración. El prestar más atención a esta etapa de motivación y compromiso tiene el propósito de mejorar la disposición del individuo a comprometerse con un programa específico de tratamiento (Ayala, 1995)

Otro aspecto de gran importancia es el efecto que el consumo excesivo de alcohol ocasiona en la familia, el cual puede traducirse, a veces, en maltrato a los hijos tal y como lo demuestra un estudio de casos realizado en el DIF, en el que se constató que el consumo excesivo de alcohol ocupó el segundo lugar como causa de agresión a los hijos (19%). Así también, se ha encontrado en estudios realizados por la UNAM en el D.F. y la UAEM en la ciudad de Toluca, en una población de 286,937 menores, que en las familias con menores con problemas de aprendizaje, el 65% de los padres eran bebedores excesivos. En éstas mismas familias, el 15 % de los hermanos era ya bebedor excesivo. También datos similares se han encontrado en estudios paralelos en familias de infractores juveniles y adultos, existiendo importantes antecedentes familiares de alcoholismo en los propios

alcohólicos. Un fenómeno similar es reportado frecuentemente en el caso de menores abandonados o relacionados con el maltrato al menor (Citado en Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994).

La comunidad, definida como el sitio donde la gente vive y trabaja, es el mejor lugar para prevenir lesiones en accidentes relacionados con el alcohol y consecuencias fatales. Esto es por que son los residentes quienes experimentan las consecuencias de accidentes a nivel local. Accidentes que nos son parte de las estadísticas justamente. De cualquier modo, la comunidad por sí misma es un sistema complejo y dinámico, el cual es siempre cambiante y regula las muertes y los nacimientos, tomando o no en cuenta fenómenos tales como la migración, cambios económicos y sociales dentro de la comunidad o externos a ella. Los accidentes en los cuales el alcohol es el causante son uno de los productos del sistema. Cada persona que bebe para con o mientras participa en una actividad que conlleve un riesgo puede experimentar un accidente relacionado con el alcohol, ya sea a que maneje un automovil, opere un bote, practique algun deporte, trabaje, etc. Las fatalidades y las lesiones relacionadas con el alcohol son productos sistemáticos y relacionados, no el simple resultado de bebedores con problema de dependencia al alcohol. Los causantes de los accidentes no siempre tienen que ser alcohólicos (Holder, H.D. 1993).

Un estudio realizado en el estado de Chihuahua (Barrera, P., López, C., Aguirre, C., Esparza de la O, 1994) acerca de la comunicación familiar como determinante de estilos de enfrentamiento y adicciones reporta que las personas con una relación y comunicación positivas con su familia presentan menores niveles

de alcoholismo y las personas que tienen relaciones inadecuadas con sus familiares tienen también mayores niveles de alcoholismo.

Dado que la familia se encuentra involucrada en el 20.1% de las situaciones problemáticas en el consumo de alcohol, resulta ser el factor motivacional más fuerte (80% de los casos) para el cambio según el reporte de los pacientes, por lo que se considera importante trabajar con los familiares de bebedores problema para que puedan impulsar y apoyar la motivación y el compromiso al cambio, fortaleciéndolos y haciéndolos de larga duración, a través de un programa de prevención primaria y secundaria.

Es por todo lo anterior que en esta investigación se evaluó la actitud y conocimientos de los familiares en la búsqueda de mejorar el apoyo y la comprensión de la familia hacia la persona que presenta un consumo excesivo de alcohol a través de la información y el cambio de actitud que ayuden a la prevención del abuso en el consumo de alcohol.

**CAPITULO V**  
**MÉTODO**

## **CAPITULO V MÉTODO**

### **SUJETOS**

El primer grupo (DIF) se conformó de 42 familiares de personas que consumen alcohol sin importar si este consumo les es problemático o no, este grupo asiste con regularidad al Centro Comunitario DIF (Col. Ruíz Cortínes) a pláticas de información sobre diversos tópicos y una de ellas fué la de información sobre consumo de alcohol. El segundo grupo (Acasulco) integró a 42 familiares de personas que tienen un consumo problemático de alcohol y acudieron al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" en busca de ayuda terapéutica.

Las características sociodemográficas promedio de los grupos se presentaron de la siguiente forma:

	G. ACASULCO	G. DIF
SEXO	Masc.4 Fem.38	Fem.42
NIVEL ECONÓMICO	Medio bajo	Bajo

El grupo DIF provenía de la misma colonia (Ruíz Cortínez, Coyoacán), mientras que los miembros del grupo Acasulco provenían de diversas colonias del D.F. y del Estado de México.

### **Tipo de Muestra**

El grupo Acasulco se conformó de manera casual, ya que acudieron al centro por propio interés.

En el grupo DIF las personas asistieron como parte de las actividades que realizan en ese centro.

### **Escenario**

El escenario del trabajo de el grupo DIF, fué el Centro Comunitario DIF Col.Ruiz Cortínes) ubicado en Av. Tecacalo s/n, Col. Ruíz Cortínes, en uno de los salones de clases que existen en este centro, cuyas dimensiones son de aproximadamente 4 por 6 metros y que cuentan con un mobiliario de sillas y un escritorio.

En el caso de el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" se contó con la sala de usos múltiples que es un salón de aproximadamente 5 por 4 metros, el cual tiene un mobiliario de sillas y pizarrón; también se trabajó en las salas de consulta del mismo centro, éstas son más pequeñas y cuentan con no más de tres asientos.

### **Materiales**

Se utilizaron como instrumentos durante la investigación dos Cuestionarios

sobre conocimientos en relación al proceso del alcohol, uno para aplicarse antes de la sesión informativa y el otro Cuestionario para aplicarse posterior a la sesión; una Escala de Actitudes Hacia el Consumo de Alcohol y el folleto "Ayudando a otro a ayudarse a sí mismo", la sesión informativa versó sobre la información contenida dentro de este folleto.

Como material auxiliar se utilizó un proyector de acetatos, acetatos y gráficas a color.

### **Instrumentos**

Los tres instrumentos utilizados fueron:

> Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol (Anexo 1), realizada para conocer la actitud de los familiares hacia el consumo de alcohol previa a la sesión de información, se construyó siguiendo el Método de Intervalos Aparentemente Iguales de Thurstone (Edwards, 1957).

El instrumento evalúa la actitud negativa o positiva al consumo de alcohol por parte de un familiar. Consta de 24 reactivos tipo acuerdo- desacuerdo, que consta de 7 áreas:

- 1.- Actitud hacia las razones para beber
- 2.- Actitud hacia la moderación y la abstinencia

- 3.- Actitud hacia la posibilidad de un cambio de actitud
- 4.- Actitud hacia el tiempo que se lleva un cambio de actitud
- 5.- Actitud hacia apoyar la recuperación
- 6.- Actitud hacia el problema del abuso del alcohol
- 7.- Actitud hacia las consecuencias del consumo excesivo

Ya que estas se reflejan el folleto "Ayudando a otro a ayudarse a sí mismo" (Sobell, M. y Sobell, L. 1994) (Anexo 4), que son los mismos temas manejados en la sesión y que a continuación se presentan:

- + Formas en que puede ayudar a su familiar
- + El tiempo que toma la recuperación del beber excesivo
- + Formas de enfrentar una recaída
- + Identificación del problema
- + Factores precipitantes del consumo de alcohol
- + Alternativas al consumo
- + Elegir la mejor alternativa

Este instrumento puede tener un uso predictivo sobre el apoyo familiar a pacientes que van a ingresar a un tratamiento.

#### > Pre-test y Post-test

Cuestionarios, de opción múltiple el pre-test (Anexo 2) y abierto el post-test (Anexo 3), hacen referencia a la información que se presenta a los participantes y evalúa conocimientos en general como:

- + Alternativas al tratamiento
- + Cómo ayudar a su familia
- + Cómo tomar una recaída
- + Las razones de consumir alcohol

### **Definición de variables**

La **variable independiente** fué la sesión informativa que recibieron ambos grupos.

La **variable dependiente** fué el cambio de actitud observado y los conocimientos sobre el curso del alcoholismo, consecuencias , recaídas, etc.

### **Diseño de Investigación**

El diseño fué de tipo cuasi-experimental de grupo control no equivalente donde se hizo una comparación entre dos grupos sobre el impacto de pláticas de información en las actitudes hacia el consumo de alcohol y sus conocimientos relacionados con su uso

## **Procedimiento**

El grupo del Centro Comunitario DIF se integró a través de los diversos grupos que asisten a éste centro, estos grupos se conforman solo de mujeres amas de casa que acuden en busca de despensas y el aprender actividades que les puedan ser remuneradas, la Coordinación de Centro Comunitario intenta también dar mayor información y cultura sobre diversos tópicos a sus miembros y busca el apoyo para esta tarea de diversas Instituciones que brindan pláticas informativas sobre sus actividades. Es de esta forma como se entró en contacto con el grupo DIF y se dió la sesión informativa a 5 grupos que integraron la muestra.

Las convocatorias de asistencia las programó el coordinador de actividades conjuntamente con los jefes de cada grupo.

Los integrantes del grupo del Centro de Servicios Psicológicos Acasulco acudieron en busca de información para poder canalizar a sus familiares al Programa de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Alcohol o bien son parientes de alguien que ya está en tratamiento en dicho tratamiento y que desean apoyarlo más adecuadamente. La muestra se logró en varias sesiones ya que las personas llegaron al Centro paulatinamente.

La sesión informativa tuvo una duración de aproximadamente 75 minutos en promedio y se inició con la presentación del expositor por parte de los coordinadores de cada Centro, se aplicó la Escala de Actitud y posteriormente el Pre-test.

La sesión se inició después de las aplicaciones y estuvo conformada por los temas incluidos dentro del folleto "Ayudando a otro a ayudarse a sí mismo" (que ya se mencionaron con anterioridad), estos temas se comunicaron a los participantes de forma expositiva.

Al final de la información se dió paso a la sección de preguntas y respuestas en la cuál la participación fue grande en ambos grupos sin necesidad de instigarla en ningún momento.

Se aplicó el post-test y se dió por finalizada la sesión.

**CAPITULO VI**  
**RESULTADOS**

## **CAPITULO VI RESULTADOS**

Se presentan los resultados de esta investigación dirigida a conocer el impacto de sesiones informativas de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, comparando el grupo DIF con el grupo Acasulco. Ambos grupos se evaluaron antes y después de la sesión informativa.

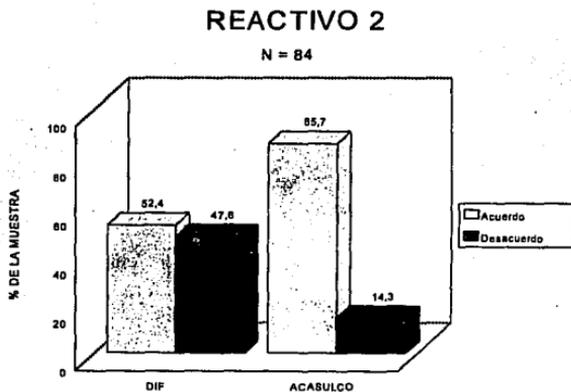
Esta comparación se realizó a través de las pruebas *U de Mann-Whitney* y  $X^2$  ya que son las pruebas no paramétricas adecuadas para las variables de estudio, con la finalidad de conocer si existen diferencias en las actitudes entre los grupos y el nivel de los conocimientos antes y después de la sesión informativa.

Se presenta en primer lugar el análisis de la Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol de acuerdo a la prueba *U de Mann-Whitney*, mostrando los reactivos que resultaron estadísticamente significativos.

Después se presenta el análisis de los cuestionarios pre-test y post-test en ambos grupos por medio de  $X^2$ , mostrando los reactivos resultantes estadísticamente significativos.

## Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol

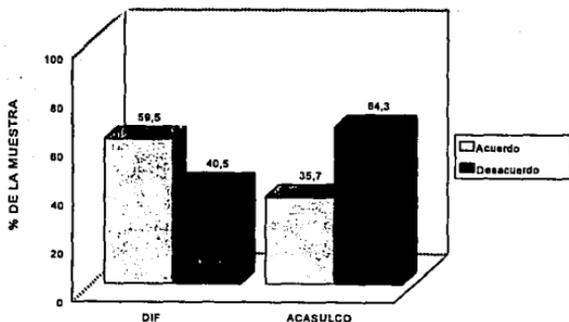
El grupo DIF se muestra de acuerdo con que "el problema del abuso en el consumo de alcohol avanza rápidamente una vez que se ha comenzado a beber" en un 52.4% y en desacuerdo en un 47.6%. El grupo Acasulco en cambio presentó un acuerdo de 85.7% y en desacuerdo de 14.3%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación a los grupos ( $U = 588, p = .001$ ).



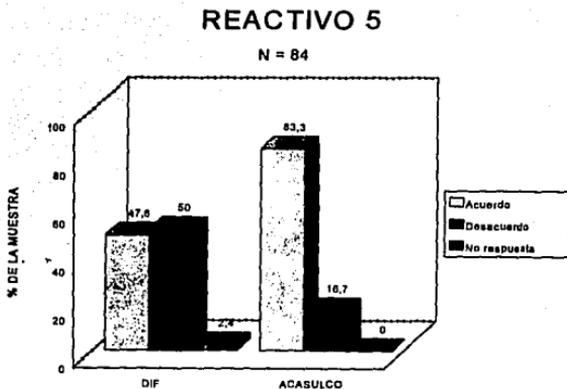
Con respecto a que "la mayoría de las personas pueden dejar de beber rápidamente si lo deciden" el grupo DIF está de acuerdo en el 59.5% de los casos y el grupo Acasulco en el 35.7%, los desacuerdos son de 40.5% y 64.3% respectivamente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación a los grupos ( $U= 678, p= .029$ )

### Reactivo 3

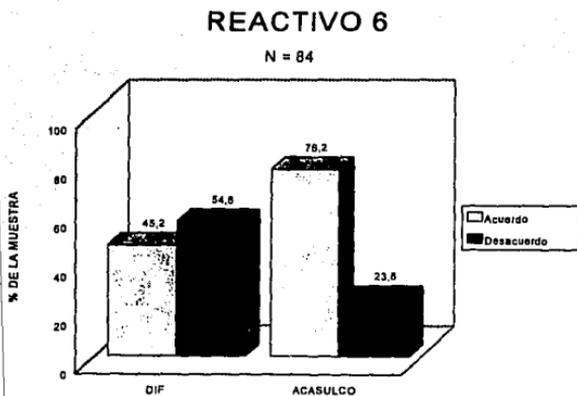
N= 94



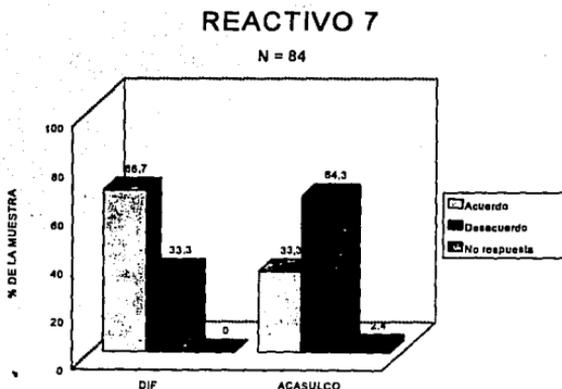
El reactivo 5 afirma "las personas que vuelven a beber en exceso al tratar de dejar de beber ya no tienen remedio" y las respuestas de los grupos se presentan de la siguiente manera, acuerdo DIF 47.6% y Acasulco 83.3%, los desacuerdos son, DIF 50% y Acasulco 16.7% y no se presentaron respuestas en un 2.4% solo en el grupo DIF, encontrándose diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a los grupos ( $U= 563.5$ ,  $p= .0006$ ).



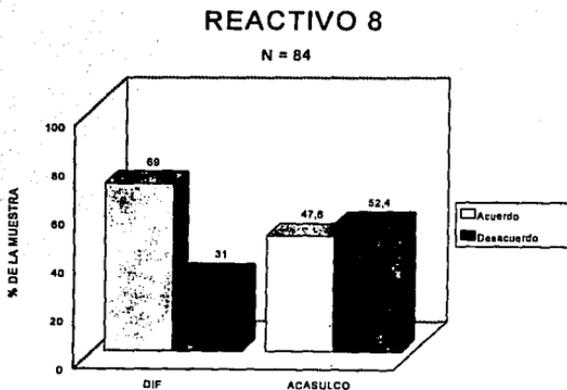
En lo referente a que "es imposible ayudar a alguien que tiene una recaída" se mostró un acuerdo por parte del grupo DIF de 45.2% y desacuerdo de 54.8%, el grupo Acasulco estuvo de acuerdo el 76.2% de los casos y un 23.8% en desacuerdo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a los grupos (U= 609, p= .0039)



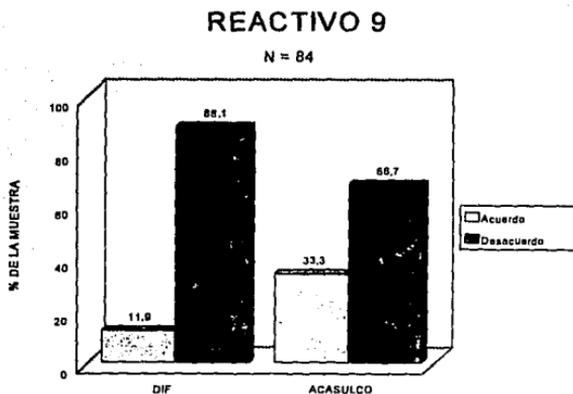
En el Reactivo 7 se plantea que "el recuperarse de beber en exceso es a corto plazo una vez que la persona lo decide", a lo que el grupo DIF responde de acuerdo un 66.7% y desacuerdo de 33.3% a diferencia del grupo Acasulco que está de acuerdo en 33.3%, desacuerdo 64.3% y no respuesta el 2.4%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (U= 581, p= .0020)



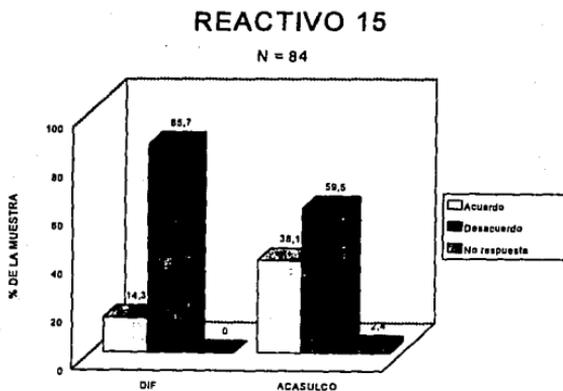
El porcentaje de acuerdo para el concepto de que "se consume alcohol excesivamente por una razón en especial" es de 69% en el caso de DIF y de 47.6% en el de Acasulco, mostrando un desacuerdo de 31% y 52.4% respectivamente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $U = 693$ ,  $p = .0477$ ).



Se preguntó a los sujetos que "el consumir alcohol tiene consecuencias negativas a corto plazo", las respuestas fueron desacuerdo en un 88.1% en el grupo DIF, 66.7% en el grupo Acasulco, acuerdo de 11.9% por parte de DIF y 33.3% de Acasulco, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $U= 693$ ,  $p= .0196$ )



El reactivo 15 afirma que "los bebedores problema beben en exceso en cualquier situación que se les presente" a lo cual contestaron estar de acuerdo en un 14.3% los integrantes del grupo DIF y en un 38.1% los del grupo Acasulco. Los desacuerdos se presentaron de la siguiente forma: 85.7% DIF y 59.5% Acasulco, presentando este último grupo un 2.4% de no respuestas, encontrándose entre los grupos diferencias estadísticamente significativas (U= 690, P= .0265)

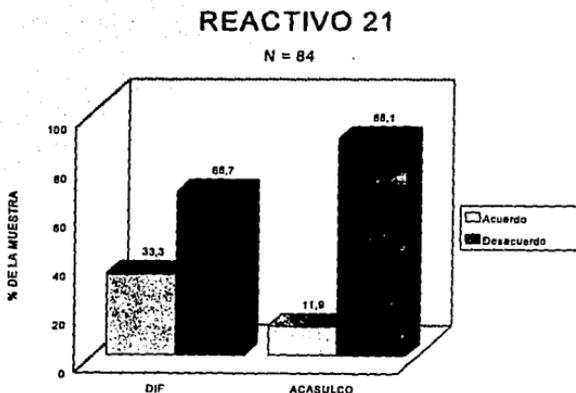


"Solo ante circunstancias especiales las personas consumen alcohol" a esta afirmación respondieron los grupos de la siguiente manera:

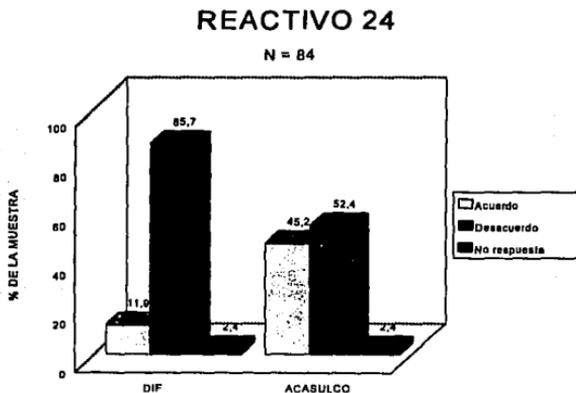
El grupo DIF con un nivel de acuerdo de 33.3% y desacuerdo de 66.7%;

el grupo Acasulco muestra un acuerdo de 11.9% y un desacuerdo de 88.1%

Encontrándose entre los grupos diferencias estadísticamente significativas ( $U= 693$ ,  $p= .0196$ )



Con respecto al reactivo 24 que afirma que "abstenerse resulta más fácil que moderar el consumo" los grupos respondieron de ésta forma:  
DIF acuerdo 11.9% desacuerdo 85.7% y no respuesta de 2.4%  
Acasulco acuerdo 45.2% desacuerdo 52.4% no respuesta 2.4%  
Encontrándose entre los grupos diferencias estadísticamente significativas(U= 595, p= .0014

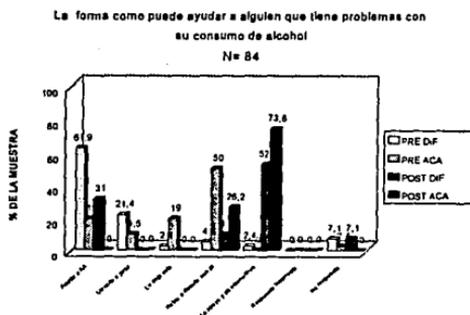


Los 10 reactivos presentados anteriormente fueron los que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos DIF y Acasulco; de los 24 reactivos que componen la "Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol".

**Conocimientos sobre el curso en lo referente a la forma de ayudar, como tomar una recaída, las razones de beber y las alternativas de tratamiento.**

En el reactivo que se refiere a "la forma como puede ayudar a alguien que tiene problemas con su consumo de alcohol" se observa que en el pre-test las variables más altas de respuesta fueron, por parte del DIF "llevarlo a AA" (61.9%) y "llevarlo a jurar" (21.4%), mientras que el grupo Acasulco se inclinó más por "hablar o discutir con su familiar" (52.3%), lo lleva a jurar (18.2%) y lo deja solo (18.2%).

En el post-test se destacó la respuesta "lo apoya y dá alternativas" (DIF 52.4% y Acasulco 71.1%) y en menor escala "lo lleva a AA" (DIF 31%) y "Habla o discute con él" (Acasulco 28.9%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos a través del tiempo con respecto al pre y post-test en relación a esta pregunta ( $X^2 = 61.295$ ,  $g.l=3$ ,  $@<.0000$ ).

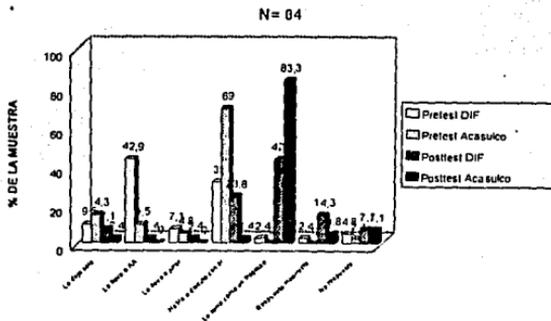


Al preguntar a los participantes cual era "la mejor forma de tomar una recaída", ellos respondieron en el pre-test con puntajes altos que era el "hablar o discutir con él" (Acasulco 70.5% y DIF 31%) y llevarlo a AA (DIF 42.9% y Acasulco 9.1%).

Las respuestas en post-test se inclinaron hacia "tomarlo como un tropiezo" (Acasulco 80% y DIF 42.9%) y "hablar o discutir con él" (DIF 23.8%).

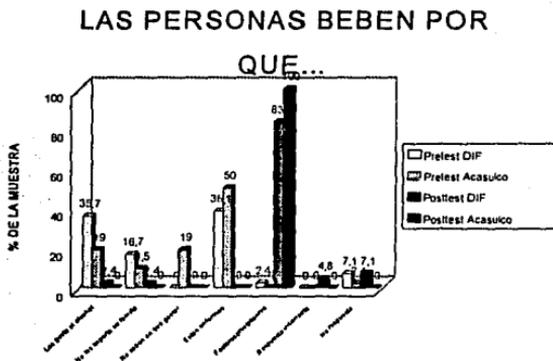
En ésta pregunta se encontraron diferencias estadísticamente significativas a través del tiempo entre los grupos en lo referente a pre y pos-test ( $X^2 = 73.1887$ ,  $g.l = 3$ ,  $p < .0000$ )

### Como toma una recaída



Las respuestas que más se obtuvieron al aplicar el pre-test cuando se preguntó sobre "las razones por las que una persona bebe" fueron por parte del DIF "les gusta el alcohol" y "están enfermos" (35.7% y 38.1% respectivamente) y en el grupo Acasulco fueron las mismas con porcentajes de 38.6 y 47.7. De manera radical muestra el cambio el post-test ya que ambos grupo identifican y mencionan los "factores precipitantes" (100% en el caso de Acasulco y 83.3% en el de DIF).

El reactivo muestra diferencias estadísticamente significativas en los grupos a través del tiempo al aplicar pre y port-test ( $X^2= 105.1306$ ,  $g.l=3$ ,  $@<.0000$ )



Los familiares encuentran como "alternativas al abuso en el consumo de alcohol" durante el pre-test las siguientes :

**Solo abstinencia** el grupo DIF la seleccionó en un 31%, y el grupo Acasulco en un 45.5%. La opción de **Dejar de beber por periodos** fué contestada por el grupo DIF en un 19%, y por el grupo Acasulco en un 18.2%. El grupo DIF respondió **Beber solo en fiestas** en un 26.2% de los casos, mientras que el grupo Acasulco contestó lo mismo en un 15.9%. Señalan ambos grupos que las personas que consumen alcohol de forma excesiva **No tienen remedio**, los integrantes del grupo DIF en un 11.9%, y los de Acasulco 2.3%. Finalmente señalan la alternativa de la Moderación o Abstinencia en un 2.4% el grupo DIF y en un 18.2% el grupo Acasulco.

Las respuestas obtenidas en el post-test se redujeron a las alternativas de **Moderación o abstinencia** el grupo DIF en un 66.7%, y los miembros del grupo Acasulco 86.7% y Solo abstinencia 28.6% el grupo DIF y 4.4% el grupo Acasulco.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar pre-test y post-test en los grupos a través del tiempo ( $X^2 = 61.2957$ ,  $g, I=3$ ,  $@ < ,0000$ )

LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO SON..



**CAPITULO VII**  
**DISCUSION Y**  
**CONCLUSIONES**

## **DISCUSION Y CONCLUSIONES**

Como se pudo observar los resultados obtenidos en la Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol mostraron diferencias significativas entre el grupo DIF y el grupo Acasulco en las siguientes áreas:

Actitud hacia las razones para beber (reactivos 8,16 y 21)

Esto parece indicar que para el grupo Acasulco hay un desacuerdo con la idea de que existan circunstancias especiales que hacen consumir alcohol a las personas y apoya la idea de que las personas que consumen alcohol lo hacen en cualquier situación que se les presente, es decir que consideran que no existen factores precipitantes para el consumo de alcohol sino que éste resulta por razones desconocidas.

Actitud hacia la moderación y la abstinencia (reactivo 24)

Este resultado sugiere que la moderación en el consumo de alcohol es una meta que considera más accesible la mayor parte de los integrantes del grupo DIF mientras que el grupo Acasulco se ve dividido al evaluar si es más fácil moderarse que abstenerse.

**Actitud hacia la posibilidad de un cambio de conducta de alguien que consume alcohol en exceso (reactivos 5 y 6)**

En cuanto a estos resultados notamos que se muestra una actitud negativa en los familiares de personas con el problema de abuso en el consumo de alcohol (Grupo Acasulco) hacia considerar que se puede ayudar a alguien que tiene episodios de consumo aún cuando esté tratando de dejar de beber, considerando que no existe remedio para tales personas. No así el grupo DIF que si bien no se manifiesta tajantemente por alguna de las dos alternativas sí muestra una actitud positiva más alta que la negativa.

**Actitud hacia el tiempo que se lleva un cambio de conducta (reactivos 2, 3 y 7)**

Lo que indican los resultados es que el proceso del cambio de actitud es considerado por el grupo DIF como un proceso rápido, que toma poco tiempo pero que es el resultado de un problema que avanzó rápidamente una vez iniciado a lo que el grupo Acasulco se muestra en contra.

**Actitud hacia las consecuencias del consumo excesivo (reactivo 9)**

Los resultados muestran que en ambos grupos se considera de poco peso las consecuencias negativas a corto plazo, sin embargo en el grupo DIF se encuentra una diferencia de porcentaje más marcada.

En general observamos que el grupo Acasulco muestra una actitud negativa hacia el consumo de alcohol comparada con la que muestra el grupo DIF, es necesario recordar que los integrantes del grupo Acasulco manifiestan tener un familiar con problemas de abuso en el consumo de alcohol, mientras que en el grupo DIF esta circunstancia se desconoce. Lo que puede llevarnos a considerar que la diferencia de actitud entre los grupos puede ser debida a las condiciones de convivencia familiar, ya que la convivencia con un miembro alcohólico afecta a los demás miembros de la familia, lo cual apoya los diferentes estudios mencionados en el marco teórico (Bromet y Moos, 1977; Billings y cols, 1979; Natera y cols, 1988) donde se menciona que el funcionamiento familiar es afectado por la adecuación de la adaptación de la pareja alcohólica y por los eventos de la vida (Moos y Moos, 1979, 1981, 1982, 1984).

Se considera esta circunstancia como la de mayor peso en la diferencia de actitud encontrada más que las diferencias de sexo y nivel económico entre los miembros de ambos grupos.

En relación a las evaluaciones sobre el nivel de conocimientos acerca de la problemática relacionada con el consumo excesivo de alcohol, antes y después de la sesión informativa se encontraron diferencias interesantes.

Previo a la sesión se tiene el conocimiento, por parte de ambos grupos, de que existen pocas formas para ayudar a su familiar que tiene problemas con su consumo de alcohol, siendo éstas las de llevarlo a Alcohólicos Anónimos, llevarlo a hacer juramento y hablar o discutir con él, circunstancias que han sido

de uso común en nuestro país debido al tiempo que llevan empleándose y a su difusión.

Después de la sesión se señala el conocimiento de lo que significa el apoyo, de su importancia y del papel preponderante que juega el brindar alternativas a su familiar que tiene el problema del consumo de alcohol lo cuál se observó en los dos grupos, con mayor intensidad en el grupo Acasulco, ya que el grupo DIF manifiesta, aunque ya en un pequeño porcentaje, el seguir considerando los grupos de auto-ayuda y el juramento como una solución principal.

En lo referente al problema de las recaídas se observó que el grupo Acasulco presentó un gran cambio en la forma de considerarlas, ya que pasó significativamente de "dejarlo solo" y "llevarlo a Alcohólicos Anónimos" a "tomarlo como un tropiezo", mientras que el grupo DIF considera como mejor alternativa el "hablar y discutir con él" y también el "tomarlo como un tropiezo", aunque en menor escala que los integrantes del primer grupo.

El cambio de percepción del por qué su familiar bebe alcohol resulta muy interesante en ambos grupos, por que la prevalencia del conocimiento de que el alcoholismo es una "enfermedad" es notoria y comparte créditos con "beben por que les gusta el alcohol", lo cuál cambia drásticamente después de la sesión informativa, ya que indica que se comprende el por qué del consumo de alcohol e indica que conocen los factores precipitantes, identificando cuales son los de sus familiares.

En relación a las alternativas de tratamiento ambos grupos mencionan más frecuentemente la abstinencia como alternativa, pero también consideran el beber solo en circunstancias especiales aunque en un porcentaje más bajo, esto cambia al terminar la sesión informativa por que se muestran los integrantes de ambos grupos más abiertos a considerar la moderación como meta de tratamiento, sin olvidar la abstinencia que sigue estando presente en sus respuestas.

Los porcentajes de no respuesta y respuesta incorrecta son más altos para el grupo DIF en todas las preguntas, tanto en el pre-test como en el post-test. Es relevante este dato ya que representa el grado de atención puesta durante la sesión informativa, y puede deberse a la diferencia de interés de cada uno de los grupos, por que los integrantes del grupo Acasulco acudieron en busca de ayuda a un problema concreto, mientras que el grupo DIF asistió a la sesión como parte de sus actividades en un Centro Comunitario ignorándose si presenta su familia este problema de tener un miembro con problemas en su consumo de alcohol ó no.

Tomando en cuenta que el abuso en el consumo de alcohol es uno de los principales problemas que afectan a la sociedad, se ha reconocido la necesidad de hacer algo al respecto, y es aquí donde la prevención toma un papel preponderante en la búsqueda de disminuir este problema, tanto en el primero como en el segundo nivel de prevención el objetivo es el de la modificación en los hábitos de consumo de la población, así como un cambio de actitud hacia el alcohol.

Como ya se mencionó anteriormente (Bagnall, 1991) la educación para la prevención debe reforzarse a nivel social y el mensaje sobre el consumo reiterarse en la familia, en la comunidad y en las políticas gubernamentales.

Generalmente los familiares de un bebedor problema presentan actitudes negativas hacia éste (Natera y cols, 1988), las cuáles son adquiridas tanto en su medio social inmediato como en su medio familiar a través de su repetición constante.

Las reacciones negativas son el resultado de una información deficiente o distorsionada respecto al problema del abuso en el consumo de alcohol, de ahí que resulte indispensable corregir ésta situación con la finalidad de que los familiares de los bebedores problema puedan contemplar su situación desde una perspectiva real y puedan apoyarlo a través de acciones concretas hacia la búsqueda de ayuda y la recuperación.

La presente investigación es el primer paso en la búsqueda de integrar a los familiares en el proceso de recuperación en el Programa de Auto-control Dirigido a Bebedores Problema en México y brinda datos interesantes respecto a las actitudes y conocimientos previos a la integración a un programa de tratamiento que poseen los familiares de los consumidores excesivos de alcohol.

Es una forma diferente de abordar el problema del abuso en el consumo de alcohol, tratando de que el familiar contemple objetivamente el proceso de recuperación, el tiempo que se lleva, las dificultades que implica y sobre todo la

importancia de brindar apoyo a su familiar y que como resultado de ésto tome una actitud diferente que le permita mejorar el problema y con ello su propio estilo de vida.

Sería deseable que las futuras investigaciones a realizarse en ésta área contemplaran la posibilidad de llevar las sesiones informativas a más de una, ya que la información que requieren los familiares es ilimitada y se necesita mayor tiempo del que se brindó en ésta investigación.

Respecto a los materiales resultaría conveniente que los grupos familiares compartiesen algunas de las lecturas que son administradas a los usuarios del tratamiento con la finalidad de involucrarse más con actividades concretas y compartir con su familiar el mismo acervo de información, lo que les permita tener una mejor comunicación.

También aportaría gran información el hacer un seguimiento a través del tiempo tanto a familiares que asistan a las sesiones como a los usuarios para conocer sus comentarios y la información que perduró en el tiempo, ayudando con esto al diseño de futuras sesiones dirigidas a los familiares de los bebedores problema. Resultaría sumamente interesante el tomar en cuenta para futuras investigaciones este rubro de familia, pues, como se ha indicado a lo largo de la investigación es ésta quien tiene influencia determinante en las conductas del individuo. Las características de la familia mexicana propician la unión entre los individuos y por lo tanto las redes de apoyo social, que facilitan, como ya se ha mencionado, la recuperación de beber en exceso. Resulta pues, importante

**realizar intervenciones de prevención primaria con la familia para tener mejores resultados con los individuos.**

**La familia es la célula más importante dentro de la sociedad ya que es la formadora de los individuos, es por esto que brindar información respecto a los diversos problemas que pueden enfrentar sus miembros ayuda a la detección temprana de los problemas y brinda la posibilidad de intervenir a tiempo.**

**El que algún miembro conozca las diversas opciones que su medio brinda en la ayuda de los problemas que su familia enfrenta, provee las alternativas que deben ser brindadas al miembro que presenta el problema y amplía el camino hacia la búsqueda de la recuperación.**

# ANEXOS

## ANEXO 1

### *Escala de Actitud Hacia el Consumo de Alcohol*

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Señale si está de acuerdo ó en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

- |   |         |            |
|---|---------|------------|
| 1.- El problema del consumo de alcohol es solo de la persona que bebe.  | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 2.-El problema del abuso en el consumo de alcohol avanza rápidamente una vez que se ha comenzado a beber.                     | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 3.- La mayoría de las personas pueden dejar de beber rápidamente, si lo deciden.  | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 4.- Una vez decidido el cambio, el bebedor alcanza la meta que se ha propuesto (abstinencia o moderación) sin interrupciones. | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 5.- Las personas que vuelven a beber en exceso al tratar de dejar de beber ya no tienen remedio.                              | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 6.- Es imposible ayudar a alguien que tiene una recaída.  | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 7.-El recuperarse de beber en exceso es a corto plazo una vez que la persona lo decide.                                       | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 8.- Se consume alcohol excesivamente por una razón en especial.   | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |
| 9.- Consumir alcohol tiene consecuencias negativas a corto plazo.   | _____   | _____      |
|   | Acuerdo | Desacuerdo |

- |   |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|
| 10.- Consumir alcohol tiene consecuencias positivas a largo plazo   | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 11.- Es más fácil moderar el consumo que abstenerse.  | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 12.- Para una persona que consume alcohol en exceso existe solo la alternativa de la abstinencia.           | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 13.- Todas las personas que rodean al bebedor excesivo están involucradas en el problema.                   | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 14.- Desde el momento en que los bebedores problema tienen la intención de moderar su consumo se les apoya. | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 15.- Los bebedores problema beben en exceso en cualquier situación que se les presente.                     | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 16.- Los bebedores problema no pueden dejar de beber alcohol aunque lo deseen.                              | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 17.- El bebedor pocas veces alcanza la meta que se propone, porque vuelve a beber en exceso.                | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 18.- El apoyo que se le dá a alguien que tiene una recaída es importante para su recuperación.              | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 19.- El proceso de recuperación en el problema de beber en exceso, toma mucho tiempo.                       | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 20.- Consumir alcohol carece de razón.  | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 21.- Solo ante circunstancias especiales las personas consumen alcohol.                                     | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |
| 22.- Consumir alcohol tiene consecuencias positivas a corto plazo.  | <u>        </u> | <u>        </u> |
|   | Acuerdo         | Desacuerdo      |

23.- Consumo alcohol tiene consecuencias negativas a largo plazo.

\_\_\_\_\_  
Acuerdo      Desacuerdo

24.- Abstenerse resulta más fácil que moderar el consumo.

\_\_\_\_\_  
Acuerdo      Desacuerdo

## ANEXO 2



### Pretest

#### INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y las posibles respuestas. Encierre en un círculo la respuesta que usted considere que corresponde a su actitud más común ante tales situaciones.

1.- ¿ Como ayuda ud. a un familiar o amigo que tiene problemas con su consumo de alcohol?

- a) Acudir a Alcohólicos Anónimos.    b) Llevarlo a jurar.    c) Lo deja que haga lo que quiera.  
d) Lo regaña o discute con él.    e) Otro \_\_\_\_\_

2.- Cuando la persona después de intentar controlar su manera de beber, vuelve a beber en exceso ud....

- a) Lo deja solo porque ya no tiene remedio    b) Vuelve a llevarlo a Alcohólicos Anónimos  
c) Lo lleva a jurar.    d) Lo regaña o discute con él.    e) Otro \_\_\_\_\_

3.- Las personas beben por que ...

- a) Les gusta el alcohol.    b) No les importa su familia.    c) No saben en que gastar su dinero.  
d) Están enfermos.    e) Otro \_\_\_\_\_

4.- Cuando las personas beben en exceso tienen problemas principalmente con ...

- a) La familia.    b) Su salud.    c) El trabajo.    d) Ellos mismos    e) Otro \_\_\_\_\_

5.- Las alternativas que tienen las personas para manejar su manera de beber son...

- a) Dejar de beber para siempre.    b) Dejar de beber por periodos.  
c) No tienen remedio.    d) Beber solo en las fiestas.    e) Otro \_\_\_\_\_

## ANEXO 3



### *Past-test*

#### INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y escriba su respuesta sobre las líneas punteadas.

1.- ¿Cuáles son las dos formas en que puede ayudar a alguien a acudir a tratamiento que tiene problemas por el consumo de alcohol?

---

---

---

---

2.- ¿Cuál es la mejor forma de considerar una recaída?

---

---

---

---

3.- ¿En qué consiste el primer paso para tratar de resolver el problema de consumo de alcohol?

---

---

---

---

4.- Mencione al menos tres de los factores precipitantes que empujan a las personas a querer consumir alcohol.

---

---

---

---

5.- Existen cuatro alternativas de tratamiento al consumo excesivo de alcohol ¿Cuáles son?

---

---

---

---

6.- ¿Por qué es necesario un plan de acción para lograr disminuir el consumo de alcohol?

---

---

---

---



**ARF** ≡

*Ayudando a otros a ayudarse a si mismos*  
*Entendiendo los problemas causados por el alcohol*



*Ayudando a otros a Ayudarse a si mismos*

Entendiendo los problemas de alcohol

Esta lectura intenta ayudarlo a entender y ayudar a alguien que usted conoce que tiene problemas por el consumo de alcohol, ya sea que ésta persona sea su conyuge, un miembro de la familia, un amigo o un empleado, su apoyo puede ser muy importante para ayudarlo a cambiar.

**EXISTEN DOS MANERAS EN QUE PUEDE AYUDARLO**

- Resolver un problema de consumo de alcohol no es fácil. Usted puede ayudarlo manifestandole a la persona que usted está atento a su progreso, particularmente apoyandolo cuando él empieza a manejar su problema.
- Otra manera en que puedo ayudarlo es en las situaciones de riesgo. Existen situaciones en donde la persona está en riesgo de consumir alcohol excesivamente, usted puede ayudarla a identificar y manejar estas situaciones.

**LOS CAMBIOS OCURREN ATRAVES DEL TIEMPO**

Generalmente los problemas por el consumo de alcohol no se desarrollan de la noche a la mañana, y por lo tanto, no desaparecen de la noche a la mañana. Pocas personas pueden no tener más problemas con el alcohol a partir del día que lo deciden, mientras que a la mayoría de las personas el cambio les toma más tiempo.

Resolver un problema de consumo de alcohol puede compararse a subir una montaña escarpada. La meta es alcanzar la cima. La mayoría de las personas tienen progresos constantes, algunos, sin embargo, pueden caer en baches a lo largo del camino, aún cuando estas caídas pueden detener momentáneamente el progreso de la persona, no tienen que detenerlo definitivamente. ESTE PATRON SE MUESTRA EN EL DIBUJO DE ABAJO



Es muy parecido a lo que sucede en las dietas. Si las personas rompen su dieta en una comida, esto puede afectarlo de dos maneras:

Ellos pueden considerar todo su intento como una falla, renunciar y regresar a sus antiguos hábitos de alimentación. Si las personas siguen este camino no lograrán su meta.

O

Ellos pueden considerar este rompimiento como un tropiezo temporal, el cual le retrasa solo levemente el llegar a la meta. Entonces ellos pueden presionarse en su determinación a perder peso. Las personas con este tipo de actitud están mejor preparadas para lograr su meta.

El mismo tipo de pensamiento que en el ejemplo anterior puede aplicarse a los problemas con el alcohol. Idealmente sería bueno que las personas no volvieran a consumir en exceso. Sin embargo, los tropiezos ocurren y la manera como USTED reacciona es importante. Recuerde qué tan lejos ha llegado su amigo, familiar o conyuge y ayúdelo a continuar subiendo la montaña. También se pueden aprender lecciones importantes de los tropiezos para ayudar a prevenir otros más grandes. Vea la recuperación desde una perspectiva a largo plazo y acepte un tropiezo como lo que es "un tropiezo y nada más". Lo que cuenta es alcanzar la cima de la montaña de recuperación.

#### IDENTIFICANDO EL PROBLEMA.

Frecuentemente hacemos cosas que no son buenas para nosotros mismos. Usualmente tenemos razones para hacer las cosas que hacemos, incluyendo consumir alcohol. El primer paso para tratar de resolver un problema de

consumo de alcohol es identificar las razones que tienen las personas para consumir alcohol, si las personas pueden entender ¿por qué? y ¿cuándo? ellos consumen alcohol, serán más capaces de resolverlo.

### FACTORES PRECIPITANTES

Los factores precipitantes son cosas o situaciones que dirigen a las personas a querer consumir alcohol. Muchas situaciones actúan como factores precipitantes, estas pueden ser emociones agradables o desagradables o solo situaciones rutinarias. Por ejemplo, ellas incluyen:

#### Situaciones inesperadas:

Se encuentra a un amigo que tenía mucho tiempo de no ver y le invita a festejar el encuentro con una copa.

#### Situaciones que uno busca:

Entrar a una cantina o bar. Ir a una fiesta donde sabemos que habrá mucho alcohol.

#### Situaciones emocionales:

Estas pueden ser tanto positivas como negativas. Por ejemplo: una discusión o pleito con un viejo amigo, el estar aburrido o celebrando.

#### Problemas personales:

Problemas de dinero. El sentirse ansioso por una entrevista de trabajo o presentarse a un juzgado.

### CONSECUENCIAS

Las consecuencias pueden ser positivas y negativas. Estas pueden ser inmediatas (es decir, que ocurren cuando la persona está consumiendo alcohol) o a mediano y largo plazo. Algunas consecuencias pueden ser muy serias.

Cuando las personas consumen alcohol, con frecuencia buscan las consecuencias inmediatas, positivas o los beneficios. Usualmente estas ocurren durante o poco tiempo después del consumo, con frecuencia las personas se fijan más en las consecuencias o beneficios inmediatos del consumo. Si una persona obtiene una ganancia inmediata al hacer algo, tenderá a hacer la misma cosa otra vez. Las consecuencias positivas inmediatas pueden ir desde un cambio en el humor (de tenso a relajado), a sentirse más cómodo alrededor de las personas o simplemente pasar un buen rato.

Cuando una persona piensa acerca de las consecuencias (o resultados) de su consumo de alcohol es importante pensar también en las cosas que pudieran haber ocurrido o pueden ocurrir en el futuro - a estas se le llama "riesgos". Un buen ejemplo es manejar intoxicado del bar a la casa y no ser arrestado. Aunque la persona llegue a casa, el riesgo de un arresto o de tener un accidente es serio.

Así, cuando hablamos de CONSECUENCIAS o resultados del consumo nos referimos a todas las consecuencias combinadas que ocurren -las consecuencias positivas y negativas, las inmediatas y a largo plazo y las posibles consecuencias (riesgos) que pueden ocurrir.

## ALTERNATIVAS AL CONSUMO

Cuando se piensa en las alternativas del consumo, es importante considerar cuales son los probables resultados o consecuencias. La tabla siguiente muestra diferentes maneras en que la persona puede manejar ciertas situaciones con resultados diferentes:

Alternativas	Resultados esperados
1. NO consumir alcohol y actuar de manera constructiva	BENEFICO
2. No consumir alcohol PERO NO actuar de manera constructiva	DAÑINO
3. Consumir alcohol en exceso	DAÑINO
4. Consumir alcohol PERO NO en exceso	BENEFICO

Alternativa 1.- Aunque es la opción más difícil de seguir, esta es la alternativa más benéfica. Para algunas personas, el abstenerse es más fácil que tratar de limitar su consumo.

Alternativa 2.- La alternativa de no consumir alcohol puede ser tanto benéfica como dañina.

Aunque alguien puede dejar de consumir durante los factores precipitantes fuertes, ellos pueden actuar de diferentes maneras que resultan consecuencias igualmente dañinas. Por ejemplo, en lugar de consumir alcohol, una persona puede dejar el alcohol, lastimar a alguien y regresar a él.

Alternativa 3.- Esta alternativa probablemente le es familiar - esta es la que su amigo, familiar o conyuge utiliza frecuentemente.

Alternativa 4.- Esta puede no ser una alternativa razonable para algunas personas. Aunque esta involucra consumir alcohol en cantidades limitadas (por ejemplo, vaso de vino en la cena) y sin resultados dañinos, esta se refiere a no consumir alcohol cuando una persona experimenta factores precipitantes o está en situaciones de alto riesgo que han provocado problemas con el alcohol en el pasado. Esta alternativa es importante para considerar los riesgos cuidadosamente cuando decidimos que el consumo limitado de alcohol es una alternativa razonable.

## ESCOGIENDO LA MEJOR ALTERNATIVA

Ya que una persona ha escogido la mejor alternativa para evitar el consumo problemático de alcohol, el siguiente paso es decidir como lograr esa alternativa. Esto requiere un plan de acción. Por ejemplo si la meta es pagar las deudas (suponiendo que los problemas económicos son factores precipitadores fuertes) entonces se puede desarrollar un plan de acción que incluya reducir las deudas una por una, "no hacer gastos innecesarios, llevar un control de los gastos necesarios", hablar con las personas indicadas para pedir ampliar plazos después en otros. Cualquiera que sea la meta que establezca la persona un Plan de Acción puede ayudarlo a lograr su meta.

**EN RESUMEN, EL RESOLVER UN PROBLEMA DE ALCOHOL INVOLUCRA:**

- > Identificar Factores Precipitantes y Consecuencias relacionadas al problema de alcohol.
- > Desarrollar Alternativas al consumo problemático.
- > Escoger la Mejor Alternativa.
- > Desarrollar Planes de Acción para cumplir las metas.

**AYUDE A PROMOVER EL CAMBIO**

Vea la solución del problema del consumo desde una perspectiva a largo plazo. Recuerde los problemas de su familiar, amigo o conyuge no se desarrollaron de la noche a la mañana y siendo realista, no desaparecerán así.

Recuerde, la manera como la persona reaccione y maneje una recaída, puede afectar lo que hagan después de una recaída, pero también la manera como otras personas, especialmente usted, interprete y reaccione ante una recaída afectará a la conducta de su amigo, conyuge o familiar.

Si ocurre una recaída, apoye y ayude a su amigo, familiar o conyuge a superar el tropiezo y a dar un paso hacia adelante. En estos momentos es cuando su ayuda y apoyo son más necesarios.

**CENTRO DE SERVICIOS  
PSICOLOGICOS ACASULCO**  
Carretera de Acasulco #18 Col.  
Oxtopulco-Universidad  
a dos cuadras de Metro Miguel  
Ángel de Quevedo  
Tel: 6 58 37 44 / 6 58 39 11

**CENTRO COMUNITARIO  
DR. OSVALDO ROBLES**  
Tecacalo Mza.21 Lote 24 Col.  
Ruiz Cortines  
Tel: 6 18 38 61

## BIBLIOGRAFIA

- Abrams D.B y Niaura R.S.(1987) Social learning theory. In H Blame K.E. Leonard, (eds) Psychological theories in drinking of alcohol pp.31-172 New York.
- Adelsticher M.A. Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple. Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1983.
- Alducin, E. (1986) Los Valores de los Mexicanos. Fondo de Cultura Económica.
- Anderson, D. (1991). Las bebidas y la salud social. FISAC.
- Ayala V.H. (1992). El Curso del Alcoholismo: Una visión psicológica. Revista de Investigación Psicológica.
- Ayala V.H. (1995) Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ayala V.H.; Cárdenas L.G. y Gutiérrez L.M. Manual de Procedimientos del Proyecto colaborativo México-Canadá para bebedores problema. 1994.

-Ayala V.H. y Cárdenas L.G. Protocolo de Investigación del Proyecto Colaborativo México Canadá para Bebedores Problema. 1993

-Anaya,H.P.(1987) Detección precóz del alcoholismo en una población de provincia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.UNAM.

-Ayala V.H. y Gutierrez L.M.(1993) Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional Contra las Adicciones, marzo-abril,.número 16 pp.1-10

-Bagnall G.B.A.(1990) Alcohol education for 13 years old. Results of controll evaluation. British Journal of Addiction.

-Bagnall G.M.(1987) Education as a solution.

-Bagnall,G. y Plant, M.A.(1987). Education on drugs and alcohol. Health Education Research 2(4) p.p 417-422-

-Barrera,V; López,C; Aguirre,C. y Esparza dela O. (1994). La comunicación familiar como determinante de estilos de enfrentamiento. La psicología Social en México, Vol.V. p.p 339-344.

-Calderón G. Aspectos Preventivos del alcoholismo en México.El Alcoholismo en México, Memorias del seminario de análisis,1983.

- Campbell,D. y Stanley,J. (1982) Diseños experimentales y cuasiexperimentales de la investigación social. Buenos Aires Argetina. Ed. Amorrortu, pp.93-98.
- Campillo S.C.; Díaz,R. y Romero M.(1987) La prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol.Psiquiatría p.p 172-191.
- Capiello L.A.(1977) Prevention of alcoholism a teaching strategy.
- Díaz-Guerrero,R.(1984) La psicología de los mexicanos, un paradigma.Revista Mexicana de Psicología, 1,2,95-104.
- Díaz-Guerrero,R.(1982). Psicología del Mexicano. Ed. Trillas
- Encuesta Nacional de Adicciones(1994). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Estrategias de Comunicación Social para la Prevención de las Adicciones. Secretaría de Salud. serie Técnica. 1992.
- Fármacos de Abuso.Secretaría de Salubridad y CONADIC. 1992.
- Gornec,H.D; Bruner,C.A; Nadelsticher,A. y Pacurucu,S.(1984). A Cross-Cultural Study. Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10(3), p.p 429-446.
- Hansen,W.B.(1992). School-based Substance Abuse Prevention. Health

Education Research, Vol.7 N°3,p.p 403-430.

-Hernández,A. y Narro,L.(1987). Como son los mexicanos. F.C.E. y CREA.

-Holder,D.H.(1993) Prevention of alcohol-related accidents in the community. Addiction 88, p.p 1003-1012.

-Holder,D.H. (1994) Public Health Approaches to the Reduction of Alcohol Problems. J Substance Abuse, Vol.15, N° 2, p.p 123-137.

-Howard,J.(1993).Alcohol Prevetion Research. J Alcohol Health & Research World, Vol.17,N° 1,p.p 5-9.

-Howard,J.(1994).Alcohol Prevetion Research in Minority Communities.

-Institute of Medicine.Prevention and Treatment of Alcohol Problems, 1989.

-Jackson,J.K. (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. Q.F.Studies on Alcohol, Vol.15, p.p 562-586.

-Kellman,S.G. Y Rebok,G.W.(1992). Building Developmental and Etiological Theory Trough Epidemiologically Based Preventive Intervention Trials. J Mc Cord & E Trenblay, p.p 162-192.

-Las Drogas y sus Usuarios. Secretaría de Salubridad y CONADIC. 1992.

-Las Adicciones en México. Secretaría de Salubridad y CONADIC. 1992.

-Longabaugh, L; Beattie, M; Noel, N; Stout, R. y Malloly, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, p.p 465-477.

-Martínez, S.R. y Oviedo, C.P. (1994) Curso de entrenamiento para padres de familia para mejorar el ambiente familiar y prevenir el abuso del alcohol entre sus hijos adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

-Medina-Mora M.E; Sepúlveda, J; Rascón, M.L; Lozano, F; Mariño, M.C; Tapia, C.R; Otero, M.R; Solache, G; Villatoro, J. y López, E.R. (1989). Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia en una región del centro de la República Mexicana. Rev Latinoamericana de Alcohol y Drogas 1(1), pp46-47.

-Medina-Mora, M. y López L.E (1993). Prevención en Materia de Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

-Medina-Mora, M.E; Lazcano, F; Tapia, C.R; Villatoro, J; Sepúlveda, J; Mariño, M.C; Rascón, M.L; Otero, M.R; López, E.R; Dela Serna, J; Solache, G. y Rojas, E. (1989) Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales. Salud Mental, 12, (2).

-Medina-Mora, M.E; Tapia, C.R; Rascón, M.L; Solache, G; Otero, B.R; Lazcano, F. y Mariño, M.C. (1987). Situaciones epidemiológicas del abuso de drogas en México.

Bol of Sanity Panamerican,107(6),p.p 475-484.

-Miller,W.R. Y Kurtz,E.(1978) Models of alcoholism used in treatment.p.p 159-161.

-Molina Piñero V; Román,C.C; Berruecos,V.L. y Sánchez,M.L.(1983)El alcoholismo en México. Vol III, p.p 257-270.

-Moos,R.H. y Billings (1982). Childrens of alcoholics during the recovery orocess. Addictive behaviors. Vol.7, p.p 155-163.

-Moos,R.H. y Moos,B.(1978). A tipology of family social enviroments. Family Process, p.p 357-371.

-Moos,R.H. y Moos,B.(1984). The proces of recovery from alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, Vol.45,Nº 2, p.p 11-118.

-Natera,G; Herrejón,M.E. y Rojas.E.(1988). Comparación de algunas de las caracterfsticas de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. Revista de Salud Mental. Vol.11, Nº 1, p.p 13-18.

-Orford,J.(1975).Alcoholism and marriage. Journal of Studies on Alcohol, Vol.36, p.p 1537-1563.

-Orford,J; Oppenheimer,E; Egert,S; Hensman,C. y Guthrie,S. (1976). The

cohesiveness of alcoholism. Br.J.Psychiatry, Vol.128,p.p 318-399.

-Prevention and Treatment of alcohol Problems, (1989), Institute of Medicine, 47-96.

-Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994.Secretaría de Salubridad y CONADIC. 1992.

-Quiroga,H; Echeverría,L; Mata,A. y Ayala,H. (1990). Ambiente familiar percibido or adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología social en México. III, p.p 225-230.

-Secretary of Health and Humand Services. Seventh special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. E.U.A. (1990),209-241.

-Sobell.L.C; Sobell,M.B. y Nieremberg,T.D. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers. Clinical Psychology Review,p.p 19-47-

-Villamil,P.R. y Sotomayor,G.J. El alcoholismo en el Distrito Federal. ENEP Acatlán 1980.