

248
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE DETECCION
TEMPRANA DE ALCOHOLISMO ENTRE UN GRUPO
DE NO BEBEDORES Y BEBEDORES

T E S I S

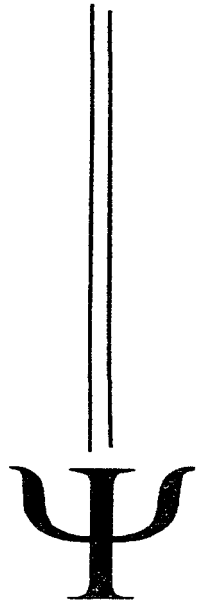
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
**ULISES ALBERTO ALVEAR PINEDA
SOILO SALAZAR GARCIA**

DIRECTOR DE TESIS: CELSO SERRA PADILLA.

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECEMOS A NUESTROS PADRES Y HERMANOS

FIDELIA ALVEAR P.
AGUSTIN GONZALEZ A.
ROSA MA. GONZALEZ A.
RITA VARELA A.
JOSE LUIS TORO A.
JORGE A. CRUZ A.

AURORA GARCIA T.
SOILO SALAZAR R.
ZOILA LUZ SALAZAR
LILIA C. SALAZAR
ROSALBA SALAZAR
MARTHA SALAZAR
GILBERTO SALAZAR
ANA B. SALAZAR
HONORIO SALAZAR
LUZ MARIA SALAZAR

DEDICAMOS LA PRESENTE A:

KENYA Y SANTIAGO

EDITH Y FRIDA

AGRADECEMOS A :

**LIC. CELSO SERRA PADILLA
LIC. ENRIQUE BUZO
Y MIEMBROS DEL JURADO POR SUS AMABLES
CONTRIBUCIONES**

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I MARCO TEORICO	5
Grupo Alcohólicos Anónimos	9
Grupo Alanón	14
ALCOHOLISMO	15
Tabla con el contenido de alcohol etílico	17
Definiciones de alcoholismo	18
Clasificación del alcohol y otras drogas	21
Causas del alcoholismo	22
Como actúa el alcohol en el organismo	22
Etapas del estado de embriaguez	23
FASES DEL ALCOHOLISMO	24
a) Fase pre-alcohólica	24
b) Fase prodrómica o precursora	24
c) Fase crítica	25
d) Fase crónica	25
CONSECUENCIAS POR LA INGESTA DE ALCOHOL	26
1) ASPECTOS DE SALUD--	26
Trastornos en el Sistema Nervioso Central	26
Trastornos de hígado	28
Trastornos del páncreas	30
Síndrome alcohólico fetal	30
Trastornos del funcionamiento sexual	31

2) CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS	31
La atención	33
Lenguaje	33
Emociones	34
Sensaciones	34
Efectos psicomotores	34
3) CONSECUENCIAS SOCIALES	35
Accidentes automovilísticos	35
Accidentes por ahogamiento	35
Crímenes, suicidios y delitos	36
CONSECUENCIAS FAMILIARES	37
CONSECUENCIAS ECONOMICAS	38
MODELO MULTIDISCIPLINARIO	39
PREVENCIÓN Y ALCOHOLISMO	40
Prevención primaria	41
Prevención secundaria	42
Prevención terciaria	42
Justificación de la Investigación	45
CAPITULO 2 METODO	48
Planteamiento del problema	48
Hipótesis	48
Variables	48
Definición de variables	49
Sujetos	49
Escenario	50
Muestreo	50
Criterios de inclusión y exclusión	51
Tipo de estudio	52

Material e instrumento	52
Procedimiento	54
Tratamiento estadístico	56
Tipo de codificación	57
CAPITULO 3 RESULTADOS	58
Interpretación de resultados	70
Discusión y Conclusión	71
Limitaciones y sugerencias	74
Aportación	75
Referencias bibliográficas	76
Anexo	80

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad detectar de manera temprana sugestividad de alcoholismo entre un grupo de sujetos no bebedores y otro de bebedores utilizando como herramienta el instrumento CUAAL (Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo). La muestra estuvo conformada por 120 sujetos, 60 pertenecientes al grupo de Alcohólicos Anónimos de la colonia Ajusco Coyoacán, y la otra mitad restante, no pertenecientes de dicho grupo y sí, todos ellos integrantes de la misma población.

Para ello se empleó un tipo de estudio comparativo entre dos grupos llamado ex post facto que consistió en tomar dos muestras con características semejantes que incluían edad, escolaridad, edo. civil, ocupación, etc. La primer muestra, correspondió al grupo de Alcohólicos Anónimos y la segunda de ellas a población abierta de la misma comunidad.

Se aplicó un cuestionario autoadministrable de alcoholismo que detecta precozmente alcoholismo en sujetos; dándole a los resultados, tratamiento a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) y obteniendo la estadística inferencial por medio de la prueba de Kruskal Wallis y utilizando como comprobación la prueba "U" de Mann Whidney.

Por lo que a través de lo realizado, se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la detección temprana de alcoholismo entre los grupos estudiados. De tal forma que al detectar tempranamente la predisposición hacia el alcoholismo, se pueden implementar estrategias de tipo preventivo que ayuden a evitar que los sujetos en riesgo puedan desarrollar la enfermedad del alcoholismo con las múltiples consecuencias que éste produce en las diferentes esferas que forman parte del individuo.

INTRODUCCION

El alcoholismo es uno de los principales problemas de adicción en México, que afecta cada día más a la población joven incluyendo mayor número de mujeres. Este problema es multifactorial, por lo tanto muy difícil de erradicar, ya que las mismas situaciones estresantes de la vida cotidiana como la falta de escolaridad, el desempleo, los problemas familiares, problemas de vivienda, económicos, etc., junto con los mensajes publicitarios de bienestar emocional a través del consumo, y la aceptación social: son factores facilitadores para evadir la realidad.

Su importancia actual, está matizada por las considerables repercusiones que ha alcanzado, ya que afecta a los que viven a su alrededor, principalmente, trastornando su adaptación al medio en el que se desenvuelven, originando enormes pérdidas humanas, materiales y económicas.

El alcohol en nuestro país se manifiesta en la vida del individuo, desde antes de su nacimiento hasta después de su muerte: el mexicano bebe en el bautizo y la confirmación del hijo en la iglesia, cuando terminan sus estudios, al ser presentada en sociedad si es mujer a los quince años, en el matrimonio, al cerrar un negocio y aún en los funerales. Cualquier evento social es importante para ingerir alcohol y así pasa éste a ser un vehículo para sellar un trato o acuerdo de tipo comercial.

El que invita a una fiesta y no ofrece alcohol es severamente criticado. Sin embargo, el que ofrece bebidas de buena calidad, caras y abundantes, es apreciado y respetado. Una fiesta es excelente si el alcohol que circuló en ella fue abundante y de buena calidad. El

mejor regalo que se puede hacer cuando se va de visita, es el alcohol.

Hablar de aspectos culturales es hacer referencia a los patrones, creencias, costumbres, modos y formas de vida particulares de un grupo que los distinguen de los otros. Todos estos elementos son transmitidos socialmente dentro del grupo y así se mantienen reglas preestablecidas de comportamiento en sociedad, las cuales pueden diferir o no de las reglas de los grupos vecinos. Así vemos que toda actividad humana está condicionada por la sociedad y la cultura dentro de la cual se desenvuelven los individuos, y por aspectos particulares de cada uno de ellos. Los seres que conforman dichas sociedades aprenden las normas de comportamiento y conductas grupales que a su vez están dadas por la cultura del grupo.

Al analizar las relaciones que se dan entre los procesos de aprendizaje en la ingesta del alcohol y las características socioculturales del grupo al que pertenece el bebedor observamos, que la ingesta de alcohol se da dentro de un contexto social como reflejo de la estructura social en la que se vive, no olvidando la existencia de la estructura biológica y el elemento emocional del individuo.

En el caso del consumo del alcohol, existen reglas relacionadas con la cantidad, forma y lugares de ingesta, así como tipos de bebidas más típicas y ocasiones para consumirlas. El alcoholismo y el abuso del alcohol están íntimamente vinculados con la totalidad social e inciden en el desarrollo de las fuerzas productivas, jugando un papel predominante en el campo de las relaciones sociales de producción.

El alcohol puede ser factor de cohesión y hasta de movilidad social, de integración y de prestigio, pero puede convertirse también

en un vehículo para la desintegración familiar, en tanto que las fallas en el comportamiento de los que beben en exceso, producen a su vez una ruptura en el cumplimiento de las normas sociales y amenazan con el orden establecido.

Al parecer, la educación en la prevención del alcoholismo es una de las vías más adecuadas para resolver el problema ya que el aprendizaje modifica la estructura del ser y de su conducta. La educación se ha concebido como una experiencia y un proceso de socialización y de individualización. Por ello, se supone que a la larga transformará los hábitos y las actitudes de la población respecto al alcohol y así vemos que es necesario hacer más investigación sobre los patrones de consumo para que sirvan de base en las campañas de educación para la salud en este campo.

En el presente trabajo nuestra pretención es detectar de manera temprana el alcoholismo en un grupo de no bebedores en comparación de un grupo de bebedores, utilizando como herramienta el instrumento CUAAL. Para esta finalidad el trabajo realizado se distribuye de la siguiente manera: en el primer capítulo se ofrecen antecedentes de la forma en la que el alcohol ha estado dentro de la sociedad y analizando al mismo tiempo, lo que es el alcoholismo, sus definiciones a través de los años, las consecuencias que éste acarrea en lo social, en la salud, en lo económico y evidentemente en lo psicológico. Se propone un modelo multidisciplinario que aborde de manera integral el fenómeno de el alcoholismo; asimismo se plantearon los objetivos de los diferentes tipos de prevención existentes.

En el segundo capítulo, se plantea el objetivo de la presente investigación, la forma de llevarse a cabo y el medio para lograrlo; y en el último capítulo, se realizó un análisis de los resultados obtenidos y las conclusiones a las que se llega. Así como las sugerencias pertinentes y aportaciones que el estudio ofrece.

CAPITULO I MARCO TEORICO

Desde que el hombre aprendió a obtener el alcohol de la fermentación y destilación posterior de diversos productos han existido problemas relacionados con su consumo, por lo que puede decirse que no ha sido exclusivo de una época o una sociedad específica.

A través de un breve acercamiento histórico, podemos darnos cuenta de que desde tiempos muy antiguos es práctica común en los distintos conglomerados humanos y asimismo, que cada sociedad ha impuesto sus reglas para la ingestión, determinando así qué necesidades y actitudes son legítimas y cuales dejan de serlo. La ingesta de alcohol ha sido aceptada en la mayoría de las culturas bajo diferentes formas y en diversas ocasiones.

La tradición etílica de los mexicanos comienza desde antes de la Colonia (Calderón, 1968). Las culturas indígenas de México, en contraste con las que se asentaban en Canadá y Estados Unidos (Smart y Medina-Mora, 1981), conocían y utilizaban el alcohol. Se bebía en las festividades religiosas y ya había un código para regular su consumo y distribución. Con la Colonia española llega la religión católica, la cual es más permisiva hacia la bebida que las regiones propias de las culturas de habla inglesa. Por tales motivos, en México no ha habido un movimiento de moderación, tan común en esos países, y menos todavía, se han postulado medidas que tienden a la prohibición o restricción. Cualquier disposición en ese sentido carece de soporte popular. Esto se observa en las campañas políticas. Ningún político con sentido común para ganar votos, tomaría como bandera la lucha contra el alcoholismo. Baste recordar que el gobernador de un Estado de la República, en los años 20, dentro de una campaña moralizante dispuso cerrar las cantinas y las plazas de

toros; pagando más tarde su osadía renunciando a su cargo (Krauze, 1976). Entre los mexicanos la actitud hacia el consumo de alcohol y la embriaguez es de tolerancia y de permisividad, sobre todo en los varones: no habiendo una postura abierta en su contra.

De tal forma, el alcohol ocupa un lugar de honor en la economía nacional. La explotación del pulque (bebida típica indígena, propia de la meseta central del país que se obtiene mediante la fermentación del agáve) crea las grandes haciendas pulqueras, facilita la acumulación de capital entre los comerciantes que lo introducen a la ciudad de México y da lugar a la formación de leyes arancelarias para que el Estado recaude fuertes cantidades de dinero (Calderón, 1968). Ahora esta industria se encuentra en decadencia: no es ni la sombra de lo que fue; pero ya ha sido sustituida con creces por la cerveza, el tequila, el aguardiente de caña o ron y la vid (Ripstein, 1981).

La industria cervecera es de las más importantes en nuestro país y una de las mayores del mundo (Fuente y Campillo-Serrano, 1978). En la época actual, al igual que el pulque antes, ha desempeñado un papel preponderante en la acumulación de capitales. Dos de los grupos empresariales más fuertes del país se iniciaron por medio de su fabricación. También ha servido para generar otras industrias, como la del vidrio, de la lámina y del cartón. Recientemente se ha convertido en una captadora de divisas porque sus exportaciones a Estados Unidos son significativas.

El tequila es una bebida típica, verdadero símbolo nacional, baste recordar que en meses recientes se acordó internacionalmente que el nombre "Tequila" se reserva sólo para el país de origen que lo produce, siendo en este caso México. Si bien es cierto que desde el punto de vista industrial no ha alcanzado el desarrollo de la cerveza, su importancia económica no es despreciable. Al igual que ésta también favorece ingresos de divisas, tan fundamentales en esta

época de crisis. Sus exportaciones alcanzan un volumen considerable.

A finales del siglo pasado y desgraciadamente, aún hoy día, muchas comunidades indígenas están siendo sojuzgadas y controladas por los acaparadores y productores de bebidas clandestinas, lo cual no es más que una herencia de la colonia, época durante la cual las bebidas alcohólicas se convirtieron en un excelente negocio o más bien en un medio de pago para el trabajo. Creció la población, creció el consumo y desde luego aumentaron los problemas relacionados con esta situación. Enormes fortunas y haciendas se construyeron en torno a la producción y crecieron a la vez los lugares de consumo que a su vez se transformaron en lugares de reunión. A la fecha, las ferias regionales y las festividades religiosas o del "santo patrón" en muchas comunidades mexicanas son los pretextos ideales para el consumo masivo (Bernal, 1985).

El alcohol permea casi todos los aspectos de la sociedad y está presente en los eventos más importantes del individuo. México no escapa a esta situación y a pesar de constituir a la fecha un conglomerado culturalmente muy diverso, el consumo de alcohol se ha convertido en un grave problema de salud pública. Nuestro país, con más de 90 millones de habitantes de los cuales 16 son indígenas que hablan 56 diferentes lenguas, contiene básicamente dos núcleos principales de población: la rural y la urbana. A pesar del alto grado de industrialización que el país ha alcanzado en los últimos 40 años, persisten en la actualidad muchos centros de población de difícil acceso y no mayores de los dos millones de habitantes. Mucha de la actual población indígena es monolingüe y no practica el español, que es la lengua oficial. Pero, independientemente de este factor, desde el punto de vista cultural, nos encontramos ante un mosaico multivariado de patrones, creencias, costumbres y formas de vida muy diferentes que hacen pensar de nuestro país no como si fuese uno solo sino como muchos Méxicos (Luis Berruecos, 1985).

Por mucho tiempo el abuso en el consumo de alcohol ha sido un problema que afecta a un porcentaje considerable de la población de cualquier país y en México el número de personas que consume alcohol se ha incrementado. A partir de 1960 tanto en países industrializados como en las naciones en desarrollo, el consumo de alcohol per cápita ha aumentado en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. En 1975, y posteriormente en 1979, la OMS dió la voz de alarma y reconoció que los problemas relacionados con el uso de bebidas alcohólicas representa uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo. Ciertamente lo es en nuestro país ya que el consumo de bebidas alcohólicas es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como la economía, política del alcohol, el consumo moderado, la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado e inadecuado de la ingestión (Encuesta Nacional de Adicciones 1993).

La Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1993 reporta que dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existe poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos, 53.7% están entre los 12 y 18 años y el 70.1% pertenecen al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género, se encontraron marcadas diferencias, en la población masculina el índice de consumo es de 77.2%, mientras que la población femenina se reduce al 57.5%. De esta población que consume existe un porcentaje que no puede controlar su ingesta, ya que alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse, es decir: más de 6 millones de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores de 18 años y el 92.4% adultos. Y el género masculino representa el 88.9% de la población que llega a la embriaguez.

Por tal motivo han surgido muchos tratamientos dedicados a combatir este problema. por ejemplo:ALCOHOLICOS ANONIMOS que es una asociación que tiene como meta la rehabilitación del alcohólico, prevaleciendo la ayuda mutua para mantenerse sobrio, fijandose metas a corto plazo que se logran por medio de la ayuda moral de unos a otros y con bases religiosas, sin seguir una religión específica. Laborando en centros de reunión provisto por lo general, de un escritorio y sillas.

Alcohólicos Anónimos nace en los Estados Unidos en los años 30. En una época de profunda crisis económica y plagada de conflictos a nivel mundial.

Los grupos de Alcohólicos Anónimos han tenido un crecimiento espectacular en más de cien países, incluyendo México.

Alcohólicos Anónimos es una organización de individuos que comparten una experiencia mutua y la esperanza para resolver su problema; el propósito común es ayudarse a sí mismo y a otras personas que padecen esta misma enfermedad.

Las reuniones de Alcohólicos Anónimos son de gran importancia para su funcionamiento. Poseen una atmósfera única, caracterizada por una aparente informalidad y un método de trabajo serio y esencial. El número de asistentes a una reunión varía de un grupo a otro, pero normalmente oscila entre 10 y 20 personas. Esta reunión de grupo puede describirse como un grupo psicoterapéutico homogéneo y abierto sin que haya ningún líder oficial o guía entrenado, esto dado a que las reuniones de A.A. al igual que en psicoterapia de grupo y como lo describe Kadis (1986), se arranca a cada individuo de su red primaria y lo mezcla con otros; formando así un nuevo campo de interacción.

También tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros, se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas, representadas por las personas reales que están en la misma habitación que él, sus presidentes al igual que el terapeuta-analista, ayudan en este proceso y ponen al servicio del grupo su conocimiento experimentado, no obstante, sólo excepcionalmente dirige al grupo, su experiencia de tantos años de pertenecer al grupo y de sobriedad así como el camino que tuvo que seguir para lograrla y lo que hace para mantenerla son armas con las que cuentan los presidentes para proteger a los individuos del daño que causarían reacciones excesivas y asegurarse de que lo que se aprende sea significativo y pueda ser usado constructivamente. Se trata de una forma de Psicoterapia por el grupo y del grupo incluyendo a sus conductores (Foulkes, 1986). Son homogéneos ya que todos los miembros sufren la misma enfermedad, aunque la homogeneidad no es absoluta, toda vez que no hay una igualdad total debido a la diferencia de la psicodinámica individual de los sujetos, status social, antecedentes culturales y económicos, intereses, género, religión y educación (Kadis, 1986). Cabe mencionar que aún cuando existen las diferencias ya mencionadas, éstas tienden a facilitar la dinámica del grupo, y la homogeneidad en cuanto a la enfermedad, facilita el entendimiento, comprensión y comunicación; disminuyendo las reacciones fuertes de temor, culpa, compasión y hostilidad que se dan en los miembros de grupos heterogéneos.

Para iniciar la sesión se elige un presidente para esa tarde que probablemente se siente ante una mesa con uno o dos miembros a quienes se les ha pedido que "relaten sus casos". Los recién llegados observarán que los saludan y les hablan amistosamente, todo ello con la finalidad de mostrar a los nuevos aspirantes, los beneficios que conlleva el estilo de vida en sobriedad, lo que puede obtener con afiliarse a A.A. en contraste con el estilo de vida que llevan actualmente.

El presidente da comienzo a la reunión diciendo: "mi nombre es X (solo se emplean nombres de pila), soy alcohólico", ante lo cual, los miembros de A.A. responden saludando y llamándolo por su nombre en un acto de compañerismo. Esta introducción tiene muchas implicaciones: el orador no se avergüenza de su alcoholismo, sino que sin reservas reconoce su condición como un hecho inevitable. También con ella se hace hincapié en la informalidad y en el rompimiento de las barreras sociales. Así el punto de partida de esa tarde es la reafirmación de un individuo para todos los presentes, de lo que en el lenguaje de Alcohólicos Anónimos debe ser el inicio de la recuperación de cada persona, admitiendo que padece de alcoholismo.

Posteriormente, el presidente lee el enunciado de Alcohólicos Anónimos:

Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayuda a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar la bebida. En Alcohólicos Anónimos no se pagan honorarios, ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. Alcohólicos Anónimos no está afiliado a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Este enunciado busca establecer una estructura dentro de la cual se dé el proceso de recuperación y rehabilitación, que los enfermos alcohólicos sepan qué es A.A., cómo funciona, el requisito para pertenecer, los acuerdos respecto a lo económico y principalmente el objetivo que persiguen como grupo.

Una vez hecha esta introducción, se llama al primer orador de la tarde, quien es seleccionado previamente y que describirá el desarrollo de su problema de alcoholismo. Esta selección parte de la disponibilidad que muestre el orador, es decir, el que un orador pase a tribuna a hablar, está sujeto a la espontaneidad del mismo, así no se obliga a nadie a participar aunque se le alienta a que lo haga. Se le hace ver la importancia de participar en la dinámica del grupo, que esto le ayudará a él mismo y les permitirá a los demás poder ayudarlo a comprender su situación. Posteriormente se realizan comentarios de la audiencia sobre la historia del orador y una posible identificación con ésta.

A menudo durante la reunión se hace referencia a "Los doce pasos", que contienen los conceptos básicos de Alcohólicos Anónimos. Los pasos son los siguientes:

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
- 4.- Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6.- Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos a Dios que nos librara de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que los habíamos causado, salvo en aquellos casos en que al hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.

11.- Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera fortaleza para aceptarla.

12.- Habiendo experimentado un despertar espiritual, como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

En los doce pasos y en el grupo de Alcohólicos Anónimos se considera que para que el alcohólico permanezca sobrio debe cambiar sus metas y actitudes actuales. Buscando una reorganización de sus relaciones interpersonales, una reintegración con la realidad, con el mismo ser y con las experiencias pasadas.

Para los miembros de Alcohólicos Anónimos la reunión termina formalmente cuando todos recitan lo que ha llegado a conocerse como la oración de la serenidad:

"Señor, concédeme serenidad
para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar las que si puedo
y sabiduría para distinguir la diferencia"

Posteriormente, los miembros charlan e intercambian ideas mientras toman té o café, y es posible que se hagan esfuerzos sutiles y positivos para hacer que el nuevo asistente se sienta cómodo y se relacione con los demás. A menudo, el nuevo miembro encontrará un "padrino", quien en las primeras etapas le dará consejos personales y en cierta forma estará a su disposición: es decir, le da un número telefónico para localizarlo, se pone de acuerdo para verse

por la tarde y asistir a una reunión de Alcohólicos Anónimos, etc. El padrino es también un modelo a seguir.

Es posible que los miembros de A.A. empiecen a visitarse en sus casas o que compartan otras actividades sociales.

Se abandonan a los viejos amigos de bebida y se encuentran nuevos amigos que piensan y hablan sobre A.A. En algunos lugares las reuniones rutinarias se complementan con grupos de estudio y se pasan de mano en mano publicaciones de Alcohólicos Anónimos. Se asiste a convenciones regionales y nacionales. Es probable que el miembro más experimentado dedique más tiempo a "promover los doce pasos" (ser padrino y trabajar con los miembros nuevos); es posible que colabore con grupos en prisiones, etc (Edwards, 1986).

Así también, los GRUPOS DE ALANON que representan para las familias de los alcohólicos lo que A.A. para ellos, y es el medio indicado para que quienes conviven con un alcohólico, aprendan a manejar las situaciones que se asocian con el alcoholismo. Siendo su propósito lograr un cambio de mentalidad en los familiares respecto del alcoholismo y además crearles una actitud que pueda provocarles un cambio positivo en sus vidas.

La razón de pertenecer a un grupo ALANON se fundamenta en el hecho de que los familiares de los alcohólicos se involucran tanto en el "juego del alcoholismo", que pueden asumir actitudes neuróticas las cuales, lejos de beneficiar al alcohólico, provocan generalmente la persistencia del problema. El juego consiste en que un individuo bebe mucho y se intoxica y los demás reaccionan contra sus consecuencias; el bebedor responde a esta reacción y vuelve a beber. De esta manera, establece un círculo vicioso o "carrusel" de culpa y negación del cual no pueden salirse ni el alcohólico ni su familiar. Los grupos de ALANON tienden a cambiar las actitudes del familiar y no como muchos creen

proporcionan una receta para que el alcohólico deje de beber. En la mayor parte de los casos, el familiar tiene que modificar sus actitudes para que el alcohólico deje de beber. Incluso hay muchos casos de miembros de ALANON en los que su familiar nunca dejó de beber, pero ellos encontraron orientación con apoyo moral y una gran serenidad para manejar los problemas generados por la convivencia con el alcohólico (Velasco, 1988).

Además de los tratamientos ya mencionados, existen entre otros, las siguientes modalidades terapéuticas: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y tratamientos psicofarmacológicos que contribuyen a la rehabilitación del sujeto con problemas de alcoholismo.

ALCOHOLISMO

La palabra "Alcohol" proviene del artículo "Al" que significa "La" y "cohol" que significa "cosa sutil" es decir literalmente "Alcohol" significa "La cosa sutil".

Se da el nombre de alcohol a muchos compuestos orgánicos, formados por carbono, hidrógeno y oxígeno, que reaccionan con los ácidos para formar compuestos llamados éteres o ésteres. Pueden considerarse derivados de los hidrocarburos, por sustitución de uno o más átomos de hidrógeno por otros tantos oxidrilos (H-O-). Se les da el nombre sustituyendo la terminación "ano", propia de los hidrocarburos, por la de "ol"; así, de etano, etanol, etc., una, dos o tres veces, con lo que se obtienen los alcoholes primarios secundarios o terciarios. El más notable de los terciarios es el propanotriol o glicerina; los segundos son poco importantes como el alcohol vinílico y como ejemplo de los primeros están el alcohol metílico y el etílico llamado también alcohol de vino etanol o alcohol ordinario por ser el más importante de todos. El etanol es una

sustancia química que en el organismo proporciona calor y energía a través de una reacción de oxidación (combinación del etanol con el oxígeno en los tejidos que se inicia en el hígado, donde el alcohol se convierte a una velocidad constante en una sustancia química muy tóxica llamada acetaldehído).

El alcohol etílico encuentra un vasto empleo en el laboratorio y en la industria como disolvente y agente de extracción, como combustible, como punto de partida para la obtención de preparados farmacéuticos y perfumes, para la obtención del ácido acético, preparación de lacas, barnices, etc., pero la mayor cantidad de alcohol la consume el hombre, parte en forma de licores, mezclas artificiales de alcohol, agua azúcar y esencias, y parte en forma de bebidas alcohólicas obtenidas de productos naturales que contienen azúcar o almidón, por diferentes fermentaciones. Por destilación estos líquidos fermentados se transforman, frecuentemente, en bebidas de mayor contenido alcohólico, como lo es el cognac, el whisky, el ron el vodka, la ginebra, etc.

Tabla con el contenido de Alcohol Etílico

Tipo de Bebida	Procesamiento	Contenido de Alcohol
CERVEZA	Fermentados de grano	De 2 a 8%
VINO DE MESA	Fermentados de frutas o uvas	De 8 a 13%
PULQUE	Fermentado del maguey	hasta 13% (depende del nivel de fermentación)
-Bebidas Destiladas		
TEQUILA	Destilado del agáve	42%
MEZCAL	Destilado de caña o maguey	40%
VODKA	Destilado de granos	40%
WHISKY	Doble destilación de cebada o maíz.	40%
BRANDY	Destilado de uva fermentada	40%
RON	Destilado de melaza fermentada	40%
GINEBRA	Doble destilación de frutas	37% a 40%

Como podemos ver todas las bebidas alcohólicas contienen alcohol etílico, lo mismo las fermentadas que las destiladas.

Las bebidas elaboradas mediante un proceso de fermentación que se enumeraron en la tabla son la cerveza, los vinos de mesa y el pulque; y entre las bebidas elaboradas por destilación encontramos al mezcal, el tequila, ron, whisky, brandy, vodka, ginebra, etc.

Las bebidas destiladas no tienen ningún valor nutritivo, en tanto que las fermentadas sí, pero nunca suficiente para sustituir los alimentos ordinarios.

Encontramos que las bebidas que contienen menos alcohol son la cerveza (en México 3.5% como promedio y en ningún caso más del 5%), los vinos de mesa (generalmente no más del 13%) y el pulque (presenta diferente graduación dependiendo del nivel de fermentación). Encontramos también las bebidas de alto contenido alcohólico, con más de 35% de éste que son prácticamente todas las destiladas mencionadas con anterioridad.

Por otro lado, el abordar el tema del alcoholismo como un concepto global no resulta fácil, ya que existen muchos y muy diversos criterios difíciles de unificar, a pesar de ello, todos coinciden en que cuando hay alcoholismo surgen una serie de dificultades en la vida familiar, económica, sexual y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primer reporte, formula la siguiente definición: "El alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que exceda al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualesquiera que sean el origen de esos factores, como la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas" (1951).

En 1952 los expertos de la OMS reportan: "Los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los

demás y su comportamiento social y económico o bien, que ya presentan los síntomas de tales manifestaciones".

En 1954, la OMS reportó la siguiente definición: "El alcoholismo es una enfermedad crónica con desorden de la conducta. Caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas; causando perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica".

A través de los años el alcoholismo se ha venido concibiendo como una desviación social, como una enfermedad que debe analizarse tomando en consideración entre otras, variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, religión, educación, nivel socioeconómico y nacionalidad.

El doctor Mark Keller (1976) afirma que el alcoholismo es "Un trastorno de la conducta que se manifiesta por la ingestión repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que provoca un comportamiento anormal o desviado y que daña el funcionamiento social, económico o la salud de quien la ingiere".

Los científicos sociales han explicado el alcoholismo también de diversas maneras. Laforest (1978), por ejemplo, lo define como una desviación social, puesto que se aparta de las normas culturales establecidas. Otros investigadores afirman que la enfermedad es menos frecuente en sitios donde los valores y las sanciones están bien establecidas dentro de un marco cultural homogéneo.

Uno de los conceptos más recientes es el publicado en junio de 1993 en el Journal of the American Medical Association (JAMA), esta definición fué elaborada por Morse, Flavin, el Comité del Nacional Council on Alcoholism and Drug Dependence (NCADD) y la American Society of Adicción Medicine (ASAM), quienes

después de dos años de deliberación formularon la definición siguiente, que esperaban fuera:

- a) científicamente válida,
- b) clínicamente útil y
- c) comprensible para el público en general.

"El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, sobre cuyo desarrollo y manifestaciones influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. A menudo, la enfermedad es progresiva y fatal. Se caracteriza por pérdida de control sobre la manera de beber, obsesión por la droga alcohol, consumo de alcohol a pesar de consecuencias adversas y distorsiones en el pensamiento, siendo la negación la más notable de ellas. Cada uno de estos síntomas pueden ser continuos o periódicos".

De acuerdo con la OMS, "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como también en sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo" (Consejo Nacional contra las Adicciones, 1992-1994).

Ahora bien, para nosotros, el alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que se manifiesta por la ingesta inmoderada de alcohol, afectando al individuo en lo psicológico, biológico y social, así como a la sociedad en general.

CLASIFICACION DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- ESTIMULANTES**
- Anfetaminas
 - Cocaína, Crack, Base Libre
(derivados de la hoja de coca)
 - ALUCINOGENOS: Marihuana
LSD
Mescalina
Psilocibina
 - Nicotina y Cafeína
- DEPRESORES**
- *Alcohol
 - Barbitúricos
 - Tranquilizantes
 - OPIOIDES: Morfina
Heroína
Metadona
Petidina
 - Inhalables
(disolventes industriales)

CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un fenómeno individual y sociocultural muy complejo; son muchas las causas que se conocen, pero ninguna actúa sola. Intervienen factores físicos, psicológicos y sociales, aunque por lo general se bebe con la pretensión de escapar de la angustia que la vida diaria provoca, entre ellas se encuentran:

- Soledad
- Problemas familiares
- Problemas económicos
- Dificultades en el trabajo, etc.

Pero el alcohol no es el remedio adecuado porque aumenta los sentimientos de culpa, lo que conduce a beber cada vez más, y conduciendo a complicar la convivencia social y familiar aumentando la angustia que se intenta combatir con la ingesta de alcohol, provocando nuevos conflictos ya que la "seguridad" y confianza que muchos buscan en el alcohol es irreal y pasajera.

Es importante mencionar que el alcoholismo no es hereditario en el sentido de que forzosamente los hijos de un alcohólico serán a su vez alcohólicos, pero los hábitos familiares y sociales se imitan con facilidad por los menores de edad. Es por eso que con cierta frecuencia podemos ver familias en las que varios de sus miembros ingieren alcohol en exceso, (Sec. de Salud 1993).

COMO ACTUA EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

Como ya se ha mencionado, el alcohol no tiene ningún valor nutritivo; ahora bien, del alcohol que se ingiere, el 90% pasa a la sangre y circula por el cuerpo, mientras que el 10% restante se elimina por la orina, por la piel (sudoración) y los pulmones (por eso

hay "aliento alcohólico"). Un punto importante que debemos recordar es que el alcohol actúa sobre el cerebro, deprimiéndolo. Es por lo tanto, un depresor del Sistema Nervioso Central y no un estimulante como erróneamente muchos creen. Lo que ocurre en realidad es que al deprimirse el SNC los centros nerviosos que controlan la conducta, hacen que ésta se libere dando lugar a un comportamiento del bebedor que puede confundirnos: el sujeto "parece" excitado, pero en realidad no lo está.

Debido a que el cerebro es muy sensible a la acción del alcohol, 30 segundos después de haberse ingerido el contenido de una copa de alguna bebida ordinaria se presentan efectos en varias funciones normales de quien la ingiere, tales como el juicio, el razonamiento y el control muscular.

ETAPAS DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ

Durante el estado de embriaguez el sujeto pasa por las siguientes etapas progresivas:

1a. Etapa: Disminuye la calidad del juicio crítico y el sujeto se desinhibe (parece estar excitado).

2a. Etapa: El sujeto muestra una conducta inadecuada, falta de coordinación muscular, trastornos de la vista y del habla.

3a. Etapa: El sujeto sufre de confusión mental, agresividad o temor, llanto, tristeza, etc.

4a. Etapa: Se llega a la inconsciencia y ausencia de reflejos. Si la intoxicación es muy severa, puede llegarse a la muerte por parálisis respiratoria (Sec. de Salud, 1993).

¿Cuándo puede decirse que el consumo del alcohol se convierte en un problema para el bebedor?

Existen indicios o señales de advertencia que permiten saber que el beber en forma excesiva se está transformando en un problema: una preocupación exagerada por el alcohol; el sujeto piensa con mucha frecuencia en el alcohol y habla de él, relacionándolo con los acontecimientos de la vida diaria; sentimientos de incomodidad y molestia cuando no hay bebidas alcohólicas disponibles; ingestión de alcohol con la intención de "resolver" algún problema o aliviar síntomas desagradables como la ansiedad y la depresión; consumo de bebidas durante el trabajo, por la mañana, para evitar las erudas, o a cualquier hora del día, indiscriminadamente (Souza y Machorro 1988).

FASES DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo pasa por 4 etapas que varían de persona a persona y de acuerdo a la sintomatología, se pueden clasificar como siguen:

A) FASE PREALCOHOLICA. El bebedor en compañía de otros busca intensamente las sensaciones producidas por el alcohol con una dependencia psicológica masiva. Se dificultan los pensamientos, disminuyen las inhibiciones y surgen emociones reprimidas, todo ello es un estado contradictorio con la realidad. El bebedor, ya sobrio, frecuentemente olvida su intermedio de embriaguez y por lo tanto, se distingue de los individuos normales y de los bebedores sociales que sí los recuerdan.

B) FASE PRODROMICA O PRECURSORA. En esta fase el bebedor, por lo común en compañía de otros, pero a veces solo, busca compulsivamente los efectos del alcohol y la anestesia

Psíquica que éste le proporciona, tomándolo de botellas y frascos ocultos.

C) FASE CRITICA. El bebedor, a veces en compañía de otros, pero generalmente solo, busca inexorablemente el entorpecimiento causado por la embriaguez. No puede limitar su ingestión alcohólica y siempre bebe más de lo planeado. Además de que sufre cierta dependencia psicológica y física, en forma de crudas (dolores de cabeza, diarrea, vómito, sed) y necesita más alcohol para eliminar esos síntomas.

D) FASE CRONICA. En esta fase el bebedor, ahora ya sólo, se abandona totalmente por períodos de varias semanas a la insensibilidad del estupor producido por la embriaguez. Cuando finalmente vuelve a la consciencia sufre una fuerte dependencia fisiológica que se manifiesta en temblores, vómitos explosivos, espasmos violentos, agotamiento total y delirium tremens: intensas alucinaciones de animales (murciélagos, ratas, gatos, serpientes, etc.) que parecen atacar físicamente la estructura y sustancia del cuerpo.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de la dependencia al alcohol?

Desde un punto de vista de la medicina tradicional se realiza de la siguiente manera:

1.- Alteraciones del estado conductual: a) el patrón de ingestión de alcohol difiere del acostumbrado en el medio en el que se ha desenvuelto el paciente; b) la cantidad de alcohol ingerido le asegura al sujeto el mantenimiento de niveles sanguíneos suficientes y efectivos; c) la ingestión del sujeto se incrementa a pesar de las consecuencias desfavorables que le acarrea.

2.- Alteraciones del estado subjetivo: a) pérdida de control o incapacidad para detenerse una vez que se ha iniciado el consumo de alcohol; b) intensa apetencia de alcohol; c) atención centrada en la bebida; las actividades e intereses del sujeto giran en torno a la posibilidad de beber.

3.- Alteraciones del estado psicobiológico: a) presencia de síntomas y signos de abstinencia; b) mejoría de los síntomas al beber nuevamente; c) tolerancia al alcohol; d) desarrollo del síndrome de dependencia después de un período de abstinencia (Souza y Machorro, 1988).

CONSECUENCIAS POR LA INGESTA DE ALCOHOL

1. ASPECTOS DE SALUD

Entre las muchas y graves consecuencias que ocasiona el consumo excesivo de alcohol, se encuentran las que afectan la salud física. Las diferentes reacciones individuales al consumo del alcohol pueden ser producto de la influencia de factores como los genéticos, dentro de los que se encuentran las características bioquímicas y fisiológicas, en donde la herencia juega un papel importante (De la Fuente, 1987).

Trastornos en el Sistema Nervioso Central

Las alteraciones provocadas en el cerebro por el consumo excesivo de alcohol, pueden variar desde efectos inmediatos a la ingesta del alcohol como por ejemplo: disminución de habilidades para efectuar algunas tareas, hasta severos trastornos psicóticos (De la Fuente, 1987). Como anteriormente se ha mencionado, al cerebro se le considera como el órgano más sensible a los efectos del

alcohol. Cuando la ingesta de éste es crónica, es la causa más importante del deterioro mental del sujeto adulto, el cual abarca el pensamiento abstracto, el lenguaje y la coordinación motora. El consumo de pequeñas dosis de alcohol produce daño en el procesamiento cerebral de información. Los potenciales eléctricos cerebrales sufren también cambios al ser evocados mediante estímulos visuales, auditivos y táctiles.

EL síndrome de Wernicke-Korsakoff es un importante trastorno neurológico nutricional causado por deficiencia de tiamina. La encefalopatía de Wernicke es la fase aguda, y la psicosis de Korsakoff el continuo crónico de la encefalopatía de Wernicke. Los síntomas característicos de la encefalopatía son trastornos oculomotores, ataxia cerebelosa y confusión mental con un comienzo repentino. Las alteraciones oculomotoras y la ataxia pueden preceder a los cambios mentales en pocos días. Las anomalías oculares son variables y pueden ir desde el nistagmo, parálisis bilateral del motor celular externo y diversos tipos de parálisis de la mirada hasta oftalmoplejía completa. La ataxia tiene carácter cerebeloso y afecta característicamente tronco y extremidades inferiores, con inestabilidad del tronco y marcha titubeante con base amplia. Dentro de las anomalías del estado mental en la encefalopatía de Wernicke se encuentran desorientación, distraimiento, somnolencia y poca reactividad y a menudo se le llama "estado general de confusión".

El tratamiento consiste básicamente en dosis de tiamina: La mayoría de los pacientes con encefalopatía de Wernicke que no muestran reestablecimiento en las primeras 48 a 72 horas, presentarán psicosis de Korsakoff. Se calcula que el tres por ciento de los trastornos relacionados con el alcohol corresponden a este síndrome (Nakada y Knight, 1984).

La psicosis de Korsakoff se caracteriza por grados variables de amnesia retrógrada y anterógrada conservando relativamente otras funciones intelectuales. El período de amnesia retrógrada con frecuencia abarca unos años antes del diagnóstico de la enfermedad y la memoria, para acontecimientos más alejados permanece casi intacta. En la etapa inicial, la confabulación puede ser dato característico que a menudo desaparece en las etapas crónicas. La psicosis de Korsakoff es potencialmente reversible si se trata con tiamina y restablecimiento nutricional, durante la etapa temprana de la encefalopatía de Wernicke. Sin embargo, el restablecimiento es incompleto en más del 50 % de los casos agudos, tornándose devastadores los déficit crónicos de memoria que a menudo exigen internar al paciente en una institución especial (op. cit).

En México, de acuerdo a datos proporcionados por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el primer lugar de la hospitalización psiquiátrica está constituido por el alcoholismo y sus complicaciones, sobresaliendo la psicosis alcohólica y síndromes orgánicos cerebrales secundarios al alcoholismo (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Trastornos del Hígado

Dentro de la hepatopatía alcohólica se diferencian los siguientes estadios clínicos a saber: hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis (Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988).

Un trastorno común en los alcohólicos es el hígado graso. Cuando esta anomalía es asintomática la mayoría de los pacientes no acude al médico. Cuando el sujeto es sintomático, posiblemente presente los siguientes síntomas: síndrome hepático con malestar, anorexia, náuseas, molestias abdominales, algo de ictericia y hepatomegalia con dolor (Pimstone y French, 1984). Suele ser una

enfermedad benigna. No predispone a la cirrosis. El tratamiento del hígado graso consiste en la abstinencia de alcohol y en una dieta adecuada (Pimstone y French, 1984; Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988).

Un problema más de salud relacionado con el consumo excesivo de alcohol es la hepatitis alcohólica que presenta un cuadro clínico que varía desde un proceso por completo asintomático hasta insuficiencia hepática aguda que amenaza la vida. El padecimiento se desarrolla insidiosamente en términos de semanas con anorexia, vómitos, ictericia, pérdida de peso, febrícula y dolor abdominal. En algunos pacientes se presenta con pocos síntomas y el curso es relativamente benigno. En cambio, los sujetos con enfermedad grave necesitan semanas o meses para restablecerse. Además del proceso de recuperación, que es excepcionalmente lento, la hepatitis alcohólica frecuentemente se agrava durante las primeras semanas que siguen a la hospitalización. Esta desmejoría ocurre a pesar de la abstinencia del alcohol, dieta nutritiva y reposo estricto en cama (Pimstone y French, 1984).

No hay tratamiento específico aprobado en general para la hepatopatía alcohólica, sin embargo algunos tratamientos específicos son: el uso de corticoesteroides parece ser beneficioso en pacientes de hepatitis alcohólica grave; no obstante su aplicación es limitada debido a que su eficacia es discutida. La insulina y el glucagón son hormonas que estimulan la regeneración hepática en animales de laboratorio; sin embargo puede provocar hipoglucemia grave durante la terapia (op. cit).

Finalmente, la cirrosis puede permanecer inadvertida en más de 40% de los pacientes según pruebas de autopsia, y en un 20% se descubre al azar en la exploración física sistemática o durante la valoración por otra enfermedad no relacionada. El paciente puede estar por completo asintomático, presentar manifestaciones

inespecíficas como fatiga, anorexia, pérdida de peso, náuseas y molestias abdominales. Las alteraciones de la corteza cerebral incluyen perturbación de la conciencia, cambios de personalidad, anomalías psiquiátricas y deterioro intelectual. En general se aconseja la terapia de sostén, que consiste en la abstinencia de alcohol, restricción voluntaria de la actividad, dieta nutritiva pobre en sal, multivitaminas y ácido fólico (op. cit).

Trastornos del Páncreas

En la pancreatitis alcohólica aguda los síntomas iniciales son el dolor abdominal con náuseas y vómitos que suelen seguir a una borrachera. El dolor intenso abdominal en ocasiones se alivia parcialmente por sentarse o acostarse en cama de lado derecho o izquierdo con las piernas flexionadas. En la pancreatitis edematosa, el paciente suele presentar piel fría y pegajosa, disminución de los ruidos intestinales, aumento de la frecuencia del pulso y de la respiración y presión arterial lábil (Geokas, 1984).

Síndrome Alcohólico Fetal

Durante el embarazo, la ingesta excesiva de alcohol produce varias anomalías congénitas en el feto llamadas síndrome alcohólico fetal (SAF). Se considera que los efectos por el alcohol mismo y no por otros fármacos, ni por alguna deficiencia nutricional. Los resultados pueden manifestarse de manera variable según dosis y tiempo diferentes de exposición al etanol durante la gestación. Los datos incluyen malformaciones craneofaciales, retardo mental y deficiencia en el crecimiento. Pudiendo haber otras malformaciones, que incluyen defectos cardíacos o esqueléticos (Nakada y Knight, 1984; Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988; Jurado, 1988).

Trastorno del Funcionamiento Sexual

Mediante la exploración física realizada en hombres alcohólico se ha detectado la presencia de una significativa atrofia testicular, lo cual significa que los testículos pueden ser más pequeños y blandos que lo normal. También puede observarse que el nivel de estrógenos (hormonas femeninas) en la sangre se eleva sustancialmente produciendo un cuadro clínico de ginecomastia (pérdida de pelo en el cuerpo, adelgazamiento y mayor suavidad de la piel entre otros síntomas). Por otro lado en mujeres alcohólicas se ha observado un decremento de fertilidad, amenorrea menopáusica temprana y un mal funcionamiento ovárico prematuro (Smith, 1986; Jurado, 1988).

En lo que se refiere al comportamiento sexual, existe información reportada en 1972 por Smith, Lemere y Dunn de que el 8% de los alcohólicos hospitalizados presentaban impotencia una vez que estaban completamente desintoxicados; aproximadamente el 50% de este grupo recuperó gradualmente su nivel previo de funcionamiento sexual, mientras que el 25% permaneció relativamente impotente y el 25% restante mostró impotencia absoluta (Smith, 1986).

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Desde la antigüedad el hombre ha utilizado el alcohol para alterar la consciencia, impulsado por motivos sociales, religiosos, médicos y personales.

Con el amplio conocimiento de la psicología y su interés por el alcoholismo, es posible comprender que muchos individuos ingieren alcohol con la intención explícita de cambiar su estilo cognositivo y perceptual, de alejarse de los modos "convencionales" del pensamiento (Weil, 1972). Los efectos del alcohol pueden depender

de las tendencias (las expectativas que la gente tiene ante la experiencia y su estado emocional al tomarlas) y del ambiente, o sea la atmósfera física, social y emocional en la que se ingiere el alcohol.

El uso de alcohol causa con mucha frecuencia problemas emocionales y psicológicos. Puede haber mala memoria y la personalidad tal vez cambie o se deteriore. La persona se vuelve difícil para la convivencia, irritable, de humor variable, irrazonable o apartada del contacto social. Pudiendo haber depresión o nerviosidad. El efecto particular depende también de la personalidad del usuario, así como de la situación social en la que se desenvuelva.

Por otro lado, y de manera específica, encontramos que el alcohol tiene efectos variables sobre la percepción visual. Intensifica la percepción de luces ténues. Lo mismo sucede con las percepciones auditivas en donde la capacidad de discriminar entre ritmos y timbres distintos se deteriora con una sola dosis de alcohol. El olfato y el gusto disminuyen de manera uniforme. La percepción del tiempo también queda distorsionada ya que la mayor parte de los bebedores dicen que el tiempo parece transcurrir con mayor rapidez cuando se encuentra bajo la influencia del licor.

Si bien el alcohol produce sin duda un estado alterado de la consciencia, algunos de sus efectos no se deben a él, sino a las expectativas que éste ocasiona.

En cuanto a la memoria, se ha observado que el alcohol entorpece la capacidad de codificar nueva información pero que ejerce un efecto bastante ligero en la recuperación de datos ya contenidos en la memoria a largo plazo. El consumo de grandes cantidades de licor puede ocasionar una notable pérdida de la memoria y en algunos casos, todo lo que se dijo o hizo bajo los efectos del alcohol queda totalmente suprimido. El individuo quizá

no recuerda ni siquiera hechos de gran importancia: como el de haber golpeado a alguien. Y en los casos extremos de alcoholismo crónico puede presentarse la " Psicosis de Korsakoff ", trastorno que se caracteriza por defectos de la memoria y por desorientación (Parker y Noble, 1978).

La Atención.

La mente humana tiene la capacidad de la atención, lo que permite seleccionar, orientarse y concentrarse en ciertos objetos. Durante el estado alcohólico estas actividades se ven modificadas de tal forma que el sujeto no es capaz de llevarlas a cabo de manera natural y con ello, provocando la disminución del nivel de la actividad sensorial, intelectual y motriz.

Lenguaje.

El lenguaje es una facultad específica del ser humano que le permite comunicar los pensamientos y los sentimientos. El lenguaje es un sistema de signos convenidos por la sociedad: es resultado del desarrollo histórico social. Los signos del lenguaje son un factor que acelera las actividades psíquicas superiores, tales como la percepción, la memoria, el pensamiento, etc. Los signos poseen significado, es decir, un contenido informativo general para la sociedad, y sentido individual, esto es, la vivencia subjetiva del contenido por cada persona.

En base a lo expuesto anteriormente podemos decir que durante el estado de embriaguez de una persona su pensamiento se encuentra disperso, sus sentimientos son manejados de manera inmadura e impulsiva, a su vez se ve modificada la actividad intelectual por lo que el lenguaje como medio de comunicación es

poco fluido y en muchos casos incoherente; de ahí que el sujeto se vea limitado en su relación interpersonal y por lo tanto social.

Emociones

El consumo de bebidas alcohólicas provoca experiencias de "disforia" en alcohólicos, mientras que en los no alcohólicos permite alcanzar estados de ánimo elevado. También se ha comprobado que se presentan estados emocionales correlacionados con diferentes patrones de consumo según el tipo de bebedor; en los bebedores ligeros, se presentan diferentes emociones, mientras que en los bebedores fuertes se observa el uso del alcohol sin importar el estado emocional. En el año de 1979 se sugirió que existe una predisposición para consumir alcohol cuando se desean controlar experiencias angustiantes, sin embargo esto conduce a un sentido de pérdida de dominio de la situación, lo cual conduce a disminuir la autoestima, y esto a la vez lleva a la persona a experimentar más angustia y por lo tanto consume más alcohol y así se completa una "solución" circular (Krug, 1982).

Sensación

Mediante diversas acciones químicas en diferentes porciones del Sistema Nervioso Central, las sensaciones que surgen de los cinco sentidos pueden ser inhibidas, aumentadas o alteradas (Krug, 1982; Sotelo, 1988).

Efectos Psicomotores

La mayoría de los estudios sobre los aspectos psicomotores, enfocan su atención hacia la inseguridad del individuo. Se les

relaciona con el efecto que producen en las habilidades para conducir vehículos de motor, y se concluye que el consumo de alcohol deteriora el desempeño psicomotor (Krug, 1982).

3. CONSECUENCIAS SOCIALES

Accidentes Automovilísticos

En lo que se refiere a accidentes automovilísticos es indudable que el consumo de alcohol juega un papel muy importante. En muchas ocasiones las víctimas no habían bebido al ocurrir el accidente y en más de un tercio de los casos de muerte, las personas eran pasajeros, otros conductores o peatones.

En nuestro país, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes informa que en el período de 1979 a 1982, aproximadamente el 4% de los accidentes ocurridos en carreteras federales sucedieron cuando el conductor se encontraba en estado de ebriedad. En 1983, el 15.85% de los accidentes de tránsito que se registraron en el D.F. ocurrieron en estado de ebriedad según datos de la Procuraduría de Justicia del D.F. (Consejo Nacional Antialcohólico, 1986). Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), el 3.4% de la población urbana de 18 a 65 años alguna vez ha tenido un accidente automovilístico a causa del consumo excesivo de alcohol.

Accidentes por Ahogamiento

Otro evento de consecuencias fatales es el ahogamiento; el cual puede presentarse en una variedad de escenarios (mar, ríos, lagos, albercas y tinas) y bajo diferentes circunstancias (nadando, pescando, navegando, buseando y conduciendo vehículos acuáticos

con motor) y en muchos de estos accidentes se encuentra presente el alcohol (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989).

Crímenes, Suicidios y Delitos

En el caso de los crímenes, el alcohol participa con frecuencia y cuando el incidente ocurre entre extraños, es más común encontrar que la víctima era quien había bebido. Cuando el crimen involucra a amigos o conocidos el ofensor había bebido y la víctima también. El alcohol se encuentra involucrado en crímenes no planeados y efectuados por no profesionales, así como en incidentes con perpetradores múltiples (op. cit).

En México, el 8.8% de la población urbana de 18 a 65 años se ha visto involucrada alguna vez en una pelea debido al consumo excesivo de alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

Por otro lado, en 1987 la Dirección General de Estadística del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reporta que entre los delitos cometidos con mayor frecuencia bajo la influencia de alcohol se encuentran los daños en propiedad ajena (36%), lesiones (18%) y robo (16%); (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Como se ha visto, su afectación en el área social, lo llevará a cometer delitos imprudenciales por falta de tolerancia, dados los sentimientos de prepotencia; y en una situación de inferioridad laboral y social, todo ello le acarreará daños económicos, pérdida de la confiabilidad, ausentismo, conducta inadecuada o escandalosa o simplemente ser depositario de la burla de sus compañeros, situación que le provoca al individuo incertidumbre, vergüenza, malestar, resentimiento, celos, envidias y actitudes hostiles que antes no sufría, que son muchas veces causa de accidentes o le producen

deseo de venganza y propician en él una conducta agresiva contra sí mismo o contra los demás (Souza y Machorro, 1988).

4. CONSECUENCIAS FAMILIARES

Dentro del ámbito de la familia son de gran repercusión los transtornos que provocan el consumo excesivo de alcohol; los problemas son más y mayores en los hogares en los cuales uno de los padres es alcohólico en comparación con los hogares sin esta situación (Natera, 1982; Moser, 1979). La primer área general que afecta es la posibilidad de la transmisión de patrones de consumo de padres a hijos. La probabilidad de los alcohólicos de tener uno o ambos padres alcohólicos es seis veces mayor que la que tiene la población en general (Krug, 1982).

En 1978, Bales y sus colegas sugieren que existe una relación negativa entre la afinidad familiar y el creciente consumo de drogas. Cuando los padres consumen excesivamente alcohol, se crea en el hogar un ambiente que resulta destructivo para el desarrollo emocional sano del niño. La autoestima de los hijos se deteriora como consecuencia de los constantes conflictos, inconsistencia, inestabilidad y confusión de roles en la familia. De la misma manera, la calidad de la crianza involucra negligencia, falta de disciplina y carencia de entrenamiento en el comportamiento ético y social (op. cit.).

En la vida del alcohólico, el área más afectada es la familiar; según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), el 14.9% de la población urbana de 18 a 65 años ha presentado problemas con la familia.

5. CONSECUENCIAS ECONOMICAS

Entre las repercusiones económicas que conlleva la ingesta excesiva de alcohol se encontró que existe relación con algunos accidentes de trabajo (Campillo y Medina-Mora, 1978). Cuando el bebedor tiene una ocupación en la cual los errores de juicio afectan seriamente la vida y el bienestar de los demás el costo social es muy elevado (Consejo Nacional Antialcoólico, 1986). Asimismo, tres de cada diez de los accidentes de trabajo están relacionados con el abuso del alcohol (De la Fuente, 1987).

El 5.5% de la población urbana en México de 18 a 65 años ha tenido problemas de trabajo alguna vez, como consecuencia del consumo inmoderado de alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

En el ámbito de trabajo, también puede observarse que existen ciertas profesiones que favorecen el consumo de alcohol, como ejemplo de ello se encuentran los ejecutivos y los empleados que trabajan en condiciones desfavorables o expuestas a niveles altos de tensión. Los médicos, los conductores, y las personas que trabajan en restaurantes se encuentran en estas situaciones. El resultado puede ser mala calidad en su funcionamiento, relaciones laborales difíciles, enfermedad, etc. (Natera, 1982).

Otra de las repercusiones importantes en este ámbito es el ausentismo que se considera dos veces mayor entre las personas que ingieren alcohol que entre las que no lo consumen (De la Fuente, 1987). También se estima que por causa del alcohol, hay una pérdida de 160 mil horas quincenales entre los trabajadores asegurados y que el 12% del ausentismo laboral se debe a la ingesta excesiva de alcohol (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

De tal forma la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas es capaz de perturbar la conducta humana y convertir gradualmente al hombre en un agresor potencial de sí mismo, de su familia y de la sociedad. Amenazando su integridad física y mental, su hábito progresivamente lesiona los intereses profesionales, personales, sociales y económicos que le atañen. Cuando el alcoholismo es incontrolable le hace caer en un círculo vicioso de deterioro social y económico con abandono de su persona y su familia, tanto en responsabilidades morales como sociales, y en consecuencia, el reclamo por parte de su esposa, lo que provoca violencia contra ella y contra sus hijos. El conocimiento de estos aspectos, nos permite conocer éste complejo fenómeno del alcoholismo y de ahí partir en la realización de investigaciones que contribuyan a la posible prevención y solución de esta problemática.

MODELO INTERDISCIPLINARIO

Dado que las aportaciones que las diversas disciplinas científicas han hecho sobre el alcoholismo no explican adecuadamente el fenómeno de manera integral y si de forma aislada, nos proponemos utilizar éste modelo puesto que propone la aplicación simultánea y racional del conocimiento de todas las disciplinas, llamense médicas, psicológicas, socioculturales, epidemiológicas y morales (ésta última aportando algunos conceptos útiles, como por ejemplo, introducir la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos). Todo ello debido a que el alcoholismo es un fenómeno multicausal y su tratamiento tiene que ser interdisciplinario.

De ahí que los modelos médico y psicológico son fundamentales para el tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos, pero ello no excluye la importancia de los factores socioculturales. Los modelos sociocultural y epidemiológico son

básicos para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos psicobiológicos de los demás modelos.

PREVENCIÓN Y ALCOHOLISMO

Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema.

Cualquier tarea preventiva en materia de salud debe partir del conocimiento y la valoración del estado de salud y las condiciones en las que se encuentran el individuo y la comunidad a la que se encamina la actividad.

En el campo de las adicciones, la prevención se instaura como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual y, consecuentemente, del desarrollo de nuestra sociedad.

Así, la prevención en el ámbito que nos compete consiste en la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso del alcohol a través de: a) La reducción de los factores que se piensa pueden incrementar el riesgo de abuso o, b) El aumento o promoción de los factores que se piensa protegen al individuo del uso.

El Comité de Expertos de la OMS en aspectos de farmacodependencia y alcoholismo, considera que el principal objetivo de la prevención es evitar o reducir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de alcohol y drogas causantes de la dependencia.

Este objetivo debe complementarse con la instrumentación de medidas orientadas a disminuir los factores y condiciones de riesgo, mediante la difusión de opciones contrarias al uso de alcohol con fines de intoxicación, de tal manera que se fomente una cultura de conservación de la salud y de manejo adecuado del tiempo libre, así como de bienestar social, para que las personas sean capaces de establecer una relación responsable con las sustancias susceptibles de crear dependencia.

Todo proceso preventivo, requiere, por lo tanto, basarse en el análisis de las condiciones individuales y colectivas de salud a través del estudio de los elementos que influyen y se interrelacionan con ella, por ejemplo: la educación, la alimentación, la economía, las condiciones de vivienda y del ambiente de trabajo.

El proceso preventivo de la dependencia alcohólica es un conjunto de acciones encaminadas a combatir el abuso en la ingestión de alcohol a lo largo de diferentes fases que constituyen un ciclo que comprende desde la producción y la comercialización hasta su consumo propiamente dicho.

La prevención puede darse en tres niveles:

Prevención Primaria. Es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. En primer momento se orientan a la aplicación de medidas que atiendan a la colectividad sin importar que se encuentre expuesta o no a determinados factores de riesgo. En materia de adicciones, las medidas preventivas que suelen aplicarse en primera instancia son de tipo no específico; es decir, representan opciones contrarias al uso de alcohol y otras drogas diseñadas para la población en general, que pretenden incidir y contrarrestar la presión ejercida por las condiciones y factores de riesgo o causales de

dependencia. Estas actividades son muy amplias y están relacionadas con aspectos afectivos, sensoriales, intelectuales, interpersonales, creativos, artísticos, vivenciales, filosóficos, socio-políticos y de cultura física.

En un segundo momento, se atiende a grupos expuestos, o que tienen un riesgo elevado de consumir drogas; las medidas preventivas y correctivas se orientan más hacia los individuos que conforman estos segmentos de población para evitar la dependencia durante y/o después de la exposición al riesgo. En este caso, las acciones preventivas que se llevan a cabo, son de tipo específico, destacando la información, la orientación, la difusión de contenidos educativos a través de los diferentes medios de comunicación a grupos específicos y/o de alto riesgo. Asimismo, se considera a la investigación y a las disposiciones jurídicas (legislación y represión del narcotráfico) como parte de estas medidas.

Prevención Secundaria

La prevención secundaria se orienta a el diagnóstico oportuno de un padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte. Este tipo de prevención se dirige más que nada a la población que ha empezado a consumir algún tipo de drogas, en éste caso particular, el alcohol, pero que aún no es dependiente. Este tipo de prevención se realiza en las unidades de salud o en el lugar del sujeto enfermo, que incluye la concientización y la colaboración de la familia y del personal relacionado con el sujeto en riesgo.

Prevención Terciaria

Este tipo de prevención se destina a aquellos enfermos que ya son dependientes a través del tratamiento, la limitación del daño, la

rehabilitación y la readaptación social. Es necesario que en este nivel de prevención también se involucre a la familia del paciente, esto con el fin de que apoye y participe en este proceso, facilitando así la rehabilitación del sujeto.

Mientras la prevención secundaria y terciaria son preferentemente de tipo individual, la prevención primaria se orienta más a comunidades o grupos. En los tres tipos de prevención se requiere de la realización de acciones educativas, de capacitación, comunicación colectiva, y de movilización social (Consejo Nacional contra las Adicciones, 1994).

Ahora bien, todo programa preventivo pretende como objetivo final disminuir los problemas tanto agudos como crónicos, que ocasiona el consumo de alcohol. Ambos tipos de problemas como se sabe, inciden sobre las esferas individual, familiar y social; abordado ésto en su momento.

En principio todo acto preventivo es una acción en favor del resguardo del estado de salud, por lo que es deseable que en el terreno del alcoholismo se utilice como marco de referencia en algunos casos, el modelo epidemiológico derivado del paradigma de enfermedad y prevención de enfermedades en salud pública, identificando tres factores necesarios para el desarrollo y la expansión de un problema de salud pública: el huésped biológico, el agente y el ambiente. (Campillo, Díaz y Romero, 1988).

En el caso del alcoholismo o de los problemas de alcohol, el papel del huésped biológico se refiere a la salud, al comportamiento del bebedor y los hábitos de bebida; el agente se refiere al compuesto químico y sus características; el ambiente se refiere a cualquier circunstancia bajo la cual la persona se expone a el agente, (contexto socio-cultural). En el caso del alcohol, características ambientales sobresalientes incluyen: la disponibilidad del alcohol, su

distribución y propaganda, así como otros factores físicos y sociales tales como: la comunidad, el lugar de trabajo, la familia u otros ambientes culturales y sociales específicos.

De acuerdo con esta concepción toda acción preventiva incidirá sobre la interacción de estos tres elementos. De ahí, que como complemento del modelo anterior se ha venido utilizando en la historia natural de las enfermedades los tres tipos de prevención: primaria, dedicada a toda la población, la secundaria que se dirige principalmente a los individuos en riesgo y la terciaria, que incluye a los enfermos propiamente dichos.

Sin lugar a dudas, en muchos países el problema del alcoholismo se incrementa día con día. Debido a esto, durante las últimas décadas la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han dado voces de alarma que no han sido desoídas y que obligan a emprender acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación. El alcoholismo afecta tanto a familias acomodadas de países ricos y pobres como aquellas que viven en los suburbios de las grandes ciudades o aun en comunidades rurales económicamente pobres. La alta incidencia de alcoholismo es común a las más diversas sociedades, a pesar de las diferencias de idioma, geografía, economía o grado de desarrollo tecnológico.

México, así como la mayoría de los demás países de habla hispana, no escapa, por supuesto, de esta situación. Naturalmente son muchas las variables que inciden para dar a cada nación matices diferenciales, pero en todas ellas los alcohólicos sufren los mismos trastornos físicos y mentales y también otros problemas menos identificables que generan sufrimiento. Independientemente de las diferencias culturales, la magnitud de los efectos negativos del abuso del alcohol es enorme: lo mismo mueren jóvenes en accidentes automovilísticos en Africa, que personas maduras en una violenta

riña en la provincia de México o algún anciano ebrio que cruza imprudentemente una calle de otro país. La variabilidad de las respuestas individuales depende de los factores genéticos, el temperamento, la educación, el medio social, etc.

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El presente estudio pretende detectar de manera temprana la sugestividad hacia el consumo de alcohol llevado a cabo entre un grupo de sujetos no bebedores y otro grupo de sujetos bebedores, con la finalidad de detectar la población en riesgo y así poder prevenir oportunamente.

Esto implica la necesidad de desarrollar estrategias preventivas particulares que se dirijan a grupos específicos en riesgo, tomando en cuenta además las variantes de cada comunidad; ya que existe una desinformación y falta de educación de la gente en torno a los efectos del consumo del alcohol excesivo de tal manera grave, que los sujetos no conocen sus propios límites de consumo. Muchas personas aceptan ingerir aun cuando no lo desean por simple presión social, y muchas veces la gente ingiere para tranquilizarse o después de haber ingerido, conducir automoviles o manejar máquinas en el trabajo. Siendo los efectos de estos comportamientos siempre desastrosos.

También es muy común encontrar en la población una serie de mitos en torno al alcohol que deben ser combatidos: algunos de ellos reflejando la creencia de que el alcohol no es una droga y que más bien es un alimento, o que los que beben difícilmente pueden llegar a convertirse en alcohólicos porque tienen la capacidad de resistencia. Otros piensan que la combinación de bebidas, y no la cantidad de las mismas, es la que provoca la intoxicación y que cuando ésta aparece, la solución es tomar un café "cargado", o meter la cabeza en agua fría. Otros afirman que el alcoholismo es

hereditario y unos más piensan que el alcohólico no nace sino que se hace.

Por otro lado, y haciendo una revisión de las aportaciones que se han hecho en torno a la detección temprana del alcoholismo en los últimos años encontramos en la tesina sobre "La prevención primaria del alcoholismo: una alternativa para la promoción de la salud mental por televisión", se encontró que es viable éste tipo de programas en beneficio de los usuarios; en la tesis sobre "Detección Precoz de Alcoholismo en una Provincia de Apatzingán Michoacán con el instrumento CUAAL", se encontró que este instrumento es efectivo para la detección precoz de alcoholismo; en la tesis "Prevención y rehabilitación del individuo con síndrome de dependencia al alcohol", se obtuvo que las instituciones carecen de estrategias preventivas siendo la rehabilitación y seguimiento su principal objetivo; en la tesis titulada "Actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas en diversos grupos sociales del país", se observó que existen diferencias en la actitud que presentan los diversos grupos sociales hacia el consumo de bebidas alcohólicas. Los hombres presentando una actitud más liberal que las mujeres; en la tesina "Los Riesgos de los Hijos Alcohólicos", se vio la importancia de la conceptualización global del Alcoholismo como un fenómeno que altera la dinámica familiar y sobre todo la influencia de ésta en la niñez; y finalmente en la tesis "La Auto-eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema" se encontró que en cuanto al patrón de consumo, la población mexicana cuando bebe tiende a hacerlo hasta llegar a la embriaguez.

De los estudios mostrados anteriormente, resulta evidente que es necesaria mayor investigación sobre aspectos de detección temprana o precoz de Alcoholismo dados los casi nulos (a excepción del realizado por Pedro Anaya) estudios realizados sobre este tema, con lo que nuestra investigación puede ser útil al conocimiento del

mismo. Permitiendo oportunamente abordar la problemática con fines preventivos y como antecedente de trabajos posteriores.

CAPITULO 2 METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Se podrán encontrar diferencias estadísticamente significativas sobre detección temprana de alcoholismo a través del CUAAL entre un grupo de no bebedores y otro de bebedores?

HIPOTESIS

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la detección temprana de alcoholismo entre un grupo de no bebedores en comparación de un grupo de bebedores, utilizando el instrumento CUAAL.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la detección temprana de alcoholismo entre un grupo de no bebedores en comparación de un grupo de bebedores, utilizando el instrumento CUAAL.

VARIABLES

Variable Independiente:

Grupo de bebedores
Grupo de no bebedores

Variable Dependiente:

Detección temprana de alcoholismo

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Grupo de Bebedores. Son sujetos que pertenecen al grupo de Alcohólicos Anónimos y que su estancia en estos grupos indica que fueron o son bebedores inmoderados.

Grupo de no Bebedores. Es un grupo de sujetos tomados al azar de la colonia Ajusco delegación Coyoacán y que no manifiestan abiertamente problemas por el consumo de alcohol.

Detección Temprana de Alcoholismo. Es encontrar en un sujeto rasgos sugerentes de alcoholismo.

SUJETOS

Para fines del presente estudio la población fue obtenida de manera no aleatoria, requiriendo que los sujetos cubran determinadas características generales. De tal forma que se utilizaron un total 120 sujetos divididos en dos grupos de igual número de integrantes.

El primer grupo lo llamamos grupo (1) integrado por sujetos bebedores pertenecientes a grupos de auto-ayuda de AA; y el segundo grupo, llamado grupo (2) conformado por sujetos no bebedores. Siendo aquí importante mencionar que los sujetos de los dos grupos pertenecieron a la misma población y tendrán las características siguientes:

- A) Sexo Masculino
- B) Edad de 18 a 29 años
- C) Escolaridad mínima de Secundaria
- D) Nivel Socioeconómico: Baja y Media Baja
- E) Estado Civil: Solteros, casados, divorciados y unión libre.

Profundizando en cuanto a las características de los sujetos, se escogieron del sexo masculino exclusivamente por existir un porcentaje mayor de los índices de alcoholismo en hombres que en mujeres (Hombres 12.5% y Mujeres 0.6% de la población urbana). Se eligieron a hombres jóvenes de 18 a 29 años por ser ellos quienes presentan una mayor prevalencia al alcohol (Medina-Mora, 1991). Nivel socioeconómico bajo a medio bajo, por ser característica predominante de la población a tratar; y en el estado civil se incluyeron solteros, casados, divorciados y en unión libre, por ser los más comunes.

ESCENARIO

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fué en el grupo de Alcohólicos Anónimos la "Esperanza" ubicado en la calle de Totonacas esquina Ixtlixóchitl S/N a un costado del mercado de "La Bola", ésto para el grupo de bebedores; y para el grupo de no bebedores, se tomaron de las calles aledañas a este mercado, haciendo la aplicación en el mismo lugar de encuentro; todo ello dentro de la colonia Ajusco en la delegación Coyoacán, ubicada al sureste de la Ciudad de México y rodeada de las colonias Candelaria, Ruíz Cortines, Santa Ursula y Santo Domingo de la misma delegación.

MUESTREO

Para la elección de los sujetos de ambos grupos se utilizó una muestra estratificada proporcional. Estratificada por haber definido las características de los sujetos y proporcional, por ser cada uno de los grupos de 60 sujetos.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Grupo de Bebedores** * Que pertenezcan al grupo de A.A.
* Edad de 18 a 29 años
* Pertenecientes a la col. Ajusco Coy.
* Escolaridad mínima de secundaria.
* Sexo masculino
* Nivel socioeconómico bajo y m. bajo.
* Edo. Civil: Solteros, casados, divorciados y unión libre.
- Grupo de no Bebedores** * Todos los anteriores a excepción de los que pertenecen a un grupo de A.A.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Grupo de Bebedores** * Sujetos alcohólicos que no pertenezcan al grupo A.A.
* Sujetos que no estén dentro del rango de edad requerido.
* Sujetos que no pertenezcan a la colonia
* Sujetos que no cumplan con la escolaridad mínima de secundaria.
* Sexo femenino
* Nivel socioeconómico diferente al bajo y medio bajo.
- Grupo de no Bebedores** * Todos los anteriores.

TIPO DE ESTUDIO

Por ser un estudio comparativo entre dos grupos, el método que utilizamos para tal investigación fué ex post facto.

MATERIAL E INSTRUMENTO

El material requerido para los fines se mencionan a continuación:

- 30 lápices con goma
- 120 juegos de fotocopias del instrumento CUAAL
- Sillas y mesas (de acuerdo al lugar de la aplicación)

Para la presente investigación se seleccionó el instrumento CUAAL, debido que el objetivo central de esta prueba es detectar de manera precoz el alcoholismo de cualquier sujeto en particular.

El instrumento CUAAL consta de 31 reactivos, siendo ésta, una versión adaptada al español del SAAST (De la Fuente y Cols), y primero en su género publicado en nuestro idioma. Aunado a esto que los resultados obtenidos por dichos investigadores, aun cuando preeliminares, sugieren que este instrumento puede utilizarse en forma confiable para tales propósitos.

En el CUAAL más que una traducción literal del SAAST los autores trataron de preservar en lo posible el sentido de cada uno de los reactivos que lo conformaban, tanto para que éstos sean claros y fácilmente comprensibles, como para que los resultados de su aplicación pudieran ser comparables a los obtenidos en otros países.

Las instrucciones son claras y enfatizan la necesidad de contestar todas las preguntas con la mayor veracidad posible. Cada pregunta del cuestionario puede solamente contestarse de dos maneras. "SI" o "NO".

En esta versión los puntos sugestivos de "Alcoholismo" se obtienen si se contesta "NO", a los reactivos 5, 7 u 8 o "SI" a todos los demás. De acuerdo al CUAAL una puntuación mayor de 8 es muy sugestiva de alcoholismo.

Otras características del instrumento:

-Puede aplicarse como cuestionario o como entrevista, en forma individual o de grupo.

-Su calificación es sencilla: un punto o cero puntos por cada respuesta.

-Con los puntajes obtenidos se ve única y exclusivamente si el sujeto es o no alcohólico, sin profundizar si está o no en alguna fase de alcoholismo.

En el CUAAL las preguntas están formuladas de tal manera que el sujeto parece comprenderlas claramente observándose que una confrontación no directa del alcohólico con su problema, mediante un instrumento como el CUAAL, permite que el sujeto admita tener síntomas de alcoholismo, aún cuando desconozca tener el problema. Siendo esto suficiente para que el clínico pueda hacer por lo menos un diagnóstico presuncional.

Es interesante además que aún cuando el CUAAL es una versión modificada del SAAST; y este se aplicó a una población con características diferentes, las puntuaciones obtenidas en ambos grupos tanto de pacientes como de controles, son similares en cuanto a rangos y promedios.

Si bien los resultados obtenidos por De la Fuente y Cols en su estudio realizado en una población pequeña, se consideraron como resultados preliminares hasta que el CUAAL se aplique a una población mayor y en escenarios diferentes, ellos concluyen de acuerdo a sus datos que el instrumento permite detectar de manera confiable a un número importante de alcohólicos que de otra manera, podrían pasar desapercibidos.

Desde un punto de vista Psicológico, el CUAAL es un instrumento viable para el uso preventivo de la población en riesgo y con una conflictiva psicológica que incida o pueda incidir en su desarrollo personal, ésto es, que provoque alteraciones en su estado de ánimo, procesos de pensamiento, desarrollo de sus capacidades y finalmente como se ha venido mencionando, conductas que afectan en lo individual, familiar, laboral y social.

PROCEDIMIENTO

Para la aplicación del instrumento al grupo de alcohólicos, acudimos al grupo de A.A. solicitando su colaboración con la intención de aplicarles el instrumento CUAAL de forma grupal, más sin embargo debido a reglas del grupo, sólo se les pudo aplicar de tres en tres.

Se les dió la instrucción sobre el instrumento en donde se les pidió primeramente que anotaran su nombre, edad, edo. civil, ocupación y escolaridad; siendo importante que anotaran estos datos ya que serían relevantes para la investigación. Posteriormente se les informó que éste era un instrumento sencillo y sólo se contestaba Si o No tachando la respuesta que consideraran adecuada, haciendo notar que no había respuestas buenas ni malas por lo que no dejaban de contestar ninguna de las preguntas.

Al término de la aplicación del instrumento se dieron las gracias, haciendo extenso el compromiso de regresar una vez obtenidos los resultados de la investigación.

En el caso del grupo de no bebedores se abordaron de manera individual o en grupos de dos o tres sujetos dependiendo esto de las circunstancias en que los encontrabamos. A estos sujetos se les comentaba que estamos haciendo una investigación por lo que solicitabamos de su ayuda para lograr este fin, y una vez dada la información procedimos a entregarles el cuestionario dando las siguientes intrucciones: "el cuestionario es corto y sencillo por lo que sólo se contesta tachando la respuesta que considere adecuada, siendo esta de Si o No, con una duración de no más de 10 minutos y además es importante que anote la edad, escolaridad, edo. civil y ocupación, no dejando pregunta sin contestar.

Al final de la aplicación se ofrecieron las gracias por su amable colaboración.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento se realizó a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), por medio del cual se obtuvo la "Estadística Descriptiva" y la "Estadística Inferencial", esta última, a través de la prueba de Kruskal Wallis que es un análisis de varianza no paramétrica, ya que el nivel de medición de las variables es ordinal. Mediante las cuales se aceptaron las hipótesis; así mismo, las conclusiones se establecieron en base al marco teórico del que se partió.

TIPO DE CODIFICACION PARA EL MANEJO DE DATOS

IDENTIFICACION		CAMPO	
			1
ESCOLARIDAD	1. SECUNDARIA 2. BACHILLERATO 3. LICENCIATURA	Variable 1	2
EDAD	1. 18-20 2. 21-23 3. 24-26 4. 27-29	Variable 2	3
ESTADO CIVIL	1. SOLTERO 2. CASADO 3. DIVORCIADO 4. UNION LIBRE	Variable 3	4
TRABAJO	1. SI 2. NO	Variable 4	5
GRUPO	1. BEBEDOR 2. NO BEBEDOR	Variable 5	6
GRUPO CUAAL	1. SUGESTIVO 2. NO SUGESTIVO	Variable 6	7

CAPITULO 3 RESULTADOS

Tabla No 1. A través de la prueba de Kruskal Wallis se pudo identificar que existen diferencias significativas en ambos grupos en las diferentes variables utilizadas dado que el nivel de significancia no excedió el 0.05. Por lo que se acepta la hipótesis alterna que establece que existen diferencias estadísticamente significativas en la detección temprana de alcoholismo entre un grupo de no bebedores en comparación de un grupo de bebedores, utilizando el instrumento CUAAL.

Bebedores y No Bebedores			
	H	G.L	Significancia
Escolaridad	22.4186	1	0
Edad	39.5169	1	0
Est.Civil	18.2285	1	0
Trabajo	25.9056	1	0
G. CUAAL	39.6667	1	0

Tabla No1.1. Para esta tabla se utilizó la prueba "U" de Mann Whitney con la que se comprobaron los resultados de la anterior.

Bebedores y No Bebedores		
	U	Significancia
Escolaridad	-4.7348	0
Edad	-6.2862	0
Est.Civil	-4.2695	0
Trabajo	-5.0898	0
G. CUAAL	-6.2981	0

Tabla No 2. De la misma manera que en la tabla número uno, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis observándose que existen diferencias significativas de las variables entre el grupo sugestivo y no sugestivos. No excediendo el 0.05 de significancia. De tal forma y al igual que en la tabla número uno, aceptamos la H1 planteada en el método.

Sugestivos y No Sugestivos			
	H	G.L.	Significancia
Escolaridad	16.068	1	0.0001
Edad	11.9167	1	0.0006
Est.Civil	6.6238	1	0.0101
Trabajo	13.2775	1	0.0003
Bebedores y No B.	39.6667	1	0

Tabla No 2.1. Se utilizó la prueba de Mann Whitney para comprobar los resultados de la tabla No 2 mostrando que si existen diferencias significativas.

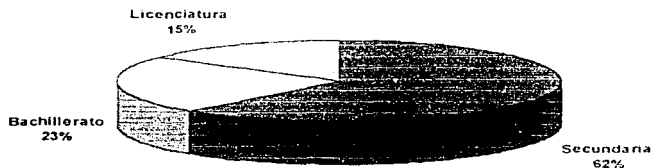
Sugestivos y No Sugestivos		
	U	Significancia
Escolaridad	-4.0085	0.0001
Edad	-3.4521	0.0006
Est.Civil	-2.5737	0.0101
Trabajo	-3.6438	0.0003
Bebedores y No B.	-6.2981	0

Gráficas No 1 y 2. En las presentes gráficas encontramos que existen diferencias entre el grupo de bebedores y no bebedores. En el primer grupo el índice de escolaridad a nivel secundaria ocupa el 62% en comparación con el segundo grupo en el cual el nivel de escolaridad más frecuente es de licenciatura y bachillerato con un porcentaje del 42% y 40% respectivamente.

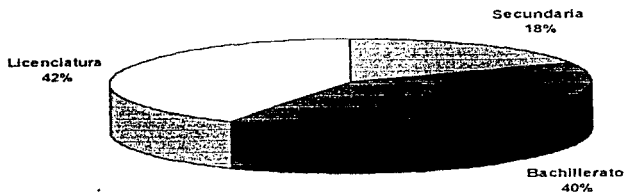
Escolaridad de Bebedores		
Frecuencia		
Escolaridad	Frec.	%
Secundaria	37	62
Bachillerato	14	23
Licenciatura	9	15
Σ	60	100

Escolaridad de N. Beb.		
Frecuencia		
Escolaridad	Frec.	%
Secundaria	11	18
Bachillerato	24	40
Licenciatura	25	42
Σ	60	100

Gráfica 1
Escolaridad de Bebedores
Frecuencia



Gráfica 2
Escolaridad de No Bebedores
Frecuencia

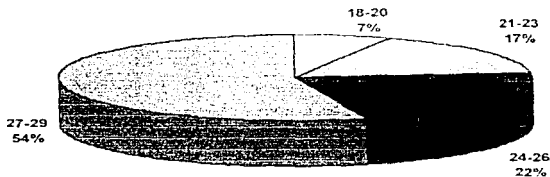


Gráficas 3 y 4. En cuanto a la edad de los sujetos analizados, en el grupo de bebedores y no bebedores detectamos que en el primer grupo se encuentran con mayor porcentaje los sujetos que tienen entre 27 y 29 años, ocupando el 54% del total de la muestra en comparación con el grupo de no bebedores en el cual las edades con un porcentaje más alto fluctúan entre 18 a 20 años con un porcentaje total del 75%. Con lo cual se concluye que los sujetos bebedores en general, tienen una mayor edad que los no bebedores.

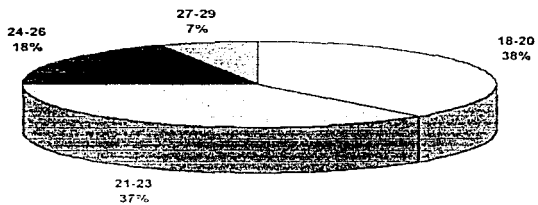
Edad de Bebedores Frecuencia		
Edad	Frec.	%
18-20	4	7
21-23	10	17
24-26	13	22
27-29	33	54
Σ	60	100

Edad de N. Beb. Frecuencia		
Edad	Frec.	%
18-20	23	38
21-23	22	37
24-26	11	18
27-29	4	7
Σ	60	100

Gráfica 3
Edad de Bebedores
Frecuencia



Gráfica 4
Edad de No Bebedores
Frecuencia

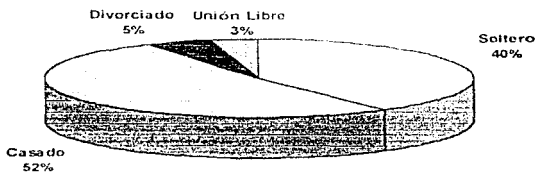


Gráficas No 5 y 6. Las gráficas que se presentan a continuación muestran las diferencias que existen con referencia al Estado Civil entre el grupo de bebedores y no bebedores. En el grupo de bebedores encontramos con más frecuencia que los sujetos son casados con un porcentaje del 52% del total de la muestra, en comparación con el grupo de no bebedores en donde se encontró que el grupo de sujetos solteros es más frecuente con un porcentaje del 78% del total de la muestra.

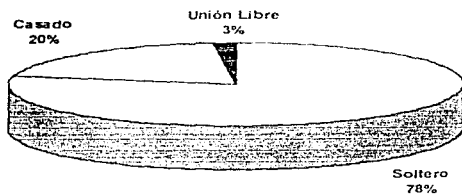
Est. Civil de Bebedores Frecuencia		
Est. Civil	Frec.	%
Soltero	24	40
Casado	31	52
Divorciado	3	5
Unión Libre	2	3
Σ	60	100

Estado Civil N. Beb. Frecuencia		
Est. Civil	Frec.	%
Soltero	47	77.5
Casado	12	19.5
Unión Libre	1	3
Σ	60	100

Gráfica 5
Est. Civil de Bebedores
Frecuencia



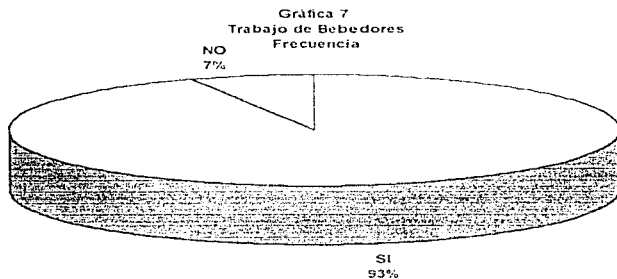
Gráfica 6
Estado Civil de No Bebedores
Frecuencia



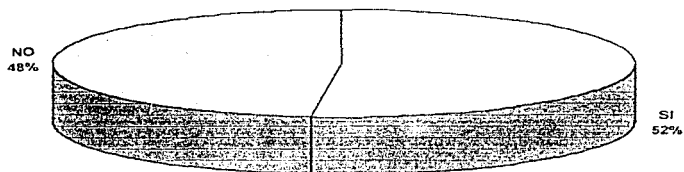
Gráficas 7 y 8. En cuanto a trabajo del grupo de bebedores y no bebedores encontramos que en el primero de ellos, los sujetos trabajan con mayor frecuencia ya que ocupan el 93% del total de la muestra a diferencia del grupo de no bebedores en el cual los sujetos que trabajan ocupan un porcentaje del 52% del total de la muestra. De tal forma que los sujetos bebedores tienen un puntaje más alto de empleo que los no bebedores; esto debido a que la edad de éstos es menor.

Trabajo de Bebedores		
Trabajo	Frec.	%
SI	56	93
NO	4	7
Σ	60	100

Trabajo N. Beb.		
Trabajo	Frec.	%
SI	31	52
NO	29	48
Σ	60	100



Gráfica 8
Trabajo de No Bebedores
Frecuencia



Gráfica No 9. Los resultados obtenidos de la comparación de los grupos de bebedores y no bebedores referente a la sugestividad de alcoholismo de ambos grupos; mostraron que en el grupo de bebedores que de manera lógica son el 100% sugestivos por ser el grupo A.A. A diferencia del grupo de no bebedores en donde se encontró una proporción semejante y equivalente al 50% de sujetos sugestivos y no sugestivos respectivamente.

Bebedores Frecuencia		
	Frec.	%
Sugestivos	60	100
No Sugestivos	0	0
Σ	60	100

No Bebedores Frecuencia		
	Frec.	%
No Sugestivos	30	50
Sugestivos	30	50
Σ	60	100

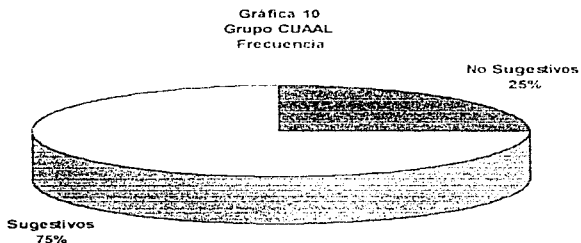
Gráfica 9
No Bebedores



Tabla 3. De acuerdo al grupo CUAAL, en esta tabla se muestra una frecuencia más alta de sujetos sugestivos de alcoholismo en la población total estudiada.

Grupo CUAAL		
	Frec.	%
No Sugestivos	30	25
Sugestivos	90	75
$\Sigma =$	120	100

Gráfica No 10. Proporción de sujetos sugestivos y no sugestivos de alcoholismo obtenida en el presente estudio.



INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con la aplicación de la prueba de Kruskal Wallis y haciendo una comparación de los bebedores y no bebedores en las variables de escolaridad, edad, estado civil, trabajo y el grupo CUAAL, se identificó que existen diferencias significativas en cada una de estas variables dado a que el nivel de significancia no fue mayor al 0.05.

De manera particular y haciendo un análisis de las variables utilizadas entre ambos grupos, se encontró que el nivel de escolaridad en el grupo de bebedores existe una mayor frecuencia de sujetos con nivel secundaria a diferencia del grupo de no bebedores en donde el nivel de licenciatura se presenta en la mayoría de los casos, lo que quiere decir, que a mayor escolaridad menor alcoholismo y que a menor escolaridad mayor alcoholismo (véase gráfica 1 y 2).

En torno a la edad, en el grupo de bebedores el índice prevaleciente fué de 27 a 29 años, lo que nos habla que en este grupo son gente ya adulta; no así en el grupo de los no bebedores donde el rango de edad estuvo por debajo de éste con una edad promedio de 18 a 23 años (véase gráfica 3 y 4).

Respecto al estado civil, en el grupo de bebedores hubo un porcentaje de 52% de sujetos casados, siendo diferente en el otro grupo donde hubo un mayor número de solteros con un porcentaje de 78% (véase gráfica 5 y 6).

Por otro lado y de manera específica, se hizo una comparación del grupo CUAAL dividida en sujetos sugestivos y no sugestivos utilizando la misma prueba y llegando a los mismos resultados; en donde no se excedió el 0.05 de significancia (véase gráfica 10).

Por lo que en base a estos análisis detectamos que existen diferencias significativas en la detección temprana de alcoholismo debido a que en ambos grupos se encontró que el 75% de sujetos del total de la muestra, mostraron rasgos sugestivos de alcoholismo (véase gráfica 10).

Finalmente, de acuerdo a la variable de trabajo, encontramos mayor número de sujetos con empleo en el grupo de bebedores alcanzando un porcentaje del 93%, a diferencia del grupo de no bebedores en donde el porcentaje alcanzado en sujetos con empleo tan sólo ascendió al 52%.

DISCUSION Y CONCLUSION

Dentro del trabajo realizado, tenemos la necesidad de retomar y revisar el desarrollo que le hemos dado a nuestro estudio.

Comenzaremos diciendo que en México, no se han estudiado de manera integral los hábitos de consumo del alcohol entre los diversos estratos de la población. Además del enfoque que se le ha dado al alcoholismo ya no es en términos de una enfermedad individual, sino más bien el resultado de una suma de factores que afectan no sólo al sujeto alcohólico sino a los integrantes de la familia, al sector laboral, al sector económico y a la sociedad en general.

Así hay que recalcar que los problemas de ingestión se dan dentro de un contexto social, y en muchos de los casos, es un reflejo de la estructura familiar y personal en la que se vive.

Encontramos que entre los factores socioculturales del abuso del alcohol, se le presta mucha importancia a la familia. Así el comportamiento de los padres y el ambiente que existe dentro del hogar, parecen ser situaciones definitivas en las futuras actitudes de los hijos. Siendo evidente entonces que dentro del seno familiar pueden darse influencias positivas y también negativas que lleven a los hijos a conformar actitudes sanas e insanas respecto al alcohol.

El ejemplo que los padres dan a los hijos en cuanto al consumo del alcohol parece ser fundamental en el entendimiento de los procesos de aprendizaje y las actitudes hacia éste.

Por lo general se bebe con la pretensión de escapar de la angustia que la vida diaria provoca, creando en el individuo sentimientos de culpa, soledad y depresión; que conducen a beber cada vez más y a complicar la convivencia social y sobre todo familiar del individuo. Presentandose en los sujetos alteraciones de sus funciones normales tales como juicio, razonamiento, pensamiento, análisis, síntesis, atención, memoria, lenguaje, entre otras.

Ahora bien, de manera específica y al observar las características presentadas en nuestros grupos, encontramos por un lado, que en el grupo de bebedores, la escolaridad en la mayoría de los sujetos se ubica en el nivel medio básico, casi todos ellos casados y con edades que oscilan entre los 27 y 29 años ya con el problema del alcoholismo, lo que sugiere que estas características pueden ser la consecuencia de una temprana separación del núcleo familiar de origen, pasando a una pronta responsabilidad en un nuevo núcleo familiar y social creado. Debido a esta misma responsabilidad, necesita forzosamente de un ingreso laboral que le permita solventar los gastos que conlleva el tener una familia e impidiéndole al mismo tiempo, la realización de expectativas individuales que lo limitan en su crecimiento personal. Estando así sujeto a problemas de índole

familiar, económico y laboral; propiciando estados de stress, angustia, soledad, depresión (éstos últimos ya mencionados), devaluación, impulsividad o faltos de control, y con ello la búsqueda de una fuga dirigida hacia el alcoholismo.

En cambio en el grupo de no bebedores, el nivel de escolaridad encontrado fue de licenciatura y bachillerato, con una edad promedio de 18 a 23 años que muestra a una población joven, y por tanto, en su mayoría solteros. Encontrando también un equilibrio entre sujetos que tienen un empleo y los que no lo tienen.

Todo esto nos hace inferir que los sujetos no bebedores en su mayoría se encuentran aun dentro del seno familiar, permitiéndoles ésta condición, a muchos de ellos no trabajar y asumiendo con ello, menos responsabilidades y situaciones difíciles o estresantes, puesto que sus aspiraciones de vida son diferentes a las de un sujeto casado y debido a que en su mayoría son solteros.

Existiendo menos sentimientos de soledad, angustia y devaluación dados sus lazos familiares y sociales en los que se desenvuelven. Con lo que sus expectativas de vida no son a corto plazo y sí a largo, lo que los mantiene en un nivel de escolaridad alto.

De tal manera que a través del estudio comparativo de estos dos grupos y detectando sujetos con cierta predisposición hacia el alcohol, nos damos cuenta que el trabajo que se realice dentro del núcleo familiar en base al mejoramiento de la estructura y dinámica familiar, evitaría oportunamente, que esa población en riesgo se convierta en población alcohólica y con ello disminuir todas las consecuencias que esto acarrea.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. Como limitantes podemos mencionar, que la población con la que trabajamos fue reducida, no pudiendo hacer generalizaciones globales a partir de ella.

2. El que no tomamos en cuenta a la población femenina reduce la riqueza del estudio.

3. Otra limitante fue que dentro de los criterios de inclusión sólo tomamos a personas con un nivel mínimo de secundaria, excluyendo a sujetos con primaria, pudiendo ser una variante más.

4. Por otro lado mucha de la información sobre alcoholismo es vista sobre una perspectiva médica o social y muy poco sobre el aspecto psicológico.

Ahora bien, considerando que existe un 75% de sujetos con tendencias hacia el alcoholismo dadas las características de dependencia, angustia, devaluación, impulsividad, autoaceptación, responsabilidad, modelos de influencia, aprobación, etc., que manifiestan los sujetos alcohólicos, sugerimos la realización de actividades de índole preventivo tomando en cuenta la prevención primaria y secundaria, mediante la integración de grupos que participen en pláticas en las que se informe y oriente acerca de los diferentes problemas de los jóvenes a fin de darles respuestas a inquietudes y dudas, así como la implementación de tratamientos de tipo psicoterapéutico con la finalidad de llevar al individuo a tener un mejor manejo de su vida emocional así como a desarrollar sus capacidades.

Lo anterior, dirigido al sujeto y a la familia de éste, con la finalidad de tratar de que exista un ambiente de mutua comprensión, afecto, cooperación, cordialidad, respeto y comunicación; pudiendo

lograr con ello el acercamiento entre cada uno de los integrantes de la familia. Contribuyendo así, en la prevención del alcoholismo, debido a que la familia es la fuente principal de un proceso formativo adecuado tanto en la creación de responsabilidad, preparación e integración en beneficio del individuo y la sociedad.

Con lo que se crea un ambiente constructivo para el desarrollo emocional, mejorando con ello la autoestima de cada uno de los miembros y evitando los conflictos e inestabilidad familiar.

APORTACION

A través del presente estudio pudimos aportar información valiosa referente a la detección temprana de alcoholismo mediante la identificación de rasgos sugerentes de alcohol en base al instrumento CUAAL, con lo que se crea una manera de intervenir oportunamente en la comunidad o sociedad, beneficiando al conocimiento de la prevención de este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anaya, P. (1987). Detección precoz de alcoholismo en una población de provincia de Apatzingán Michoacán con el instrumento CUAAL. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Berruecos, V., L.A. (1985). El consumo de alcohol en algunos grupos indígenas de México. Editorial Nuestro Tiempo. México.

Campillo-Serrano, C. (1982). Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlo. México, Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Colín, P. F., Garduño, G. C. (1996). La auto-eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

CONADIC (1993). ¿Qué sabe usted sobre alcoholismo? (serie de divulgación). México. Revista de la Secretaría de Salud.

CONADIC (1993). Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México, Secretaría de Salud.

CONADIC (1994). Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México, Secretaría de Salud.

De la Fuente, J. R. (1982). Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria. *Revista de Investigación Clínica (México)*.

Fragoso, O. M. (1995). Depresión y clima social familiar en esposas de alcohólicos y no alcohólicos. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Jean, G. M. (1988). Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective. University of California, Los Angeles.

Krauze, E. (1976). Caudillos culturales en la Revolución Mexicana. México, Siglo XXI ED.

Lavín, B.D. (1985). Una prevención primaria del alcoholismo: Una alternativa para la promoción de la salud mental por televisión. Tesina UNAM. Facultad de Psicología.

Lizalde, G. E. (1989). La capacitación, el alcoholismo y la prevención. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Marañón, M. M. (1987). Prevención y rehabilitación del individuo con síndrome de dependencia al alcohol. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Medina-Mora, M.E., de la Parra, H. y Terroba, G. G. (1980). El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. Salud Pública de México.

Merino, H. M. (1991). Actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas en diversos grupos sociales del país. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Monroy, G.A., Quijano, B.E. (1990). Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Natera, R.G. y Orford, J. (1993). Manual sobre farmacodependencia. Secretaría de Salud, México.

Otto, Z. (1987). Psicología Experimental. Editorial McGraw Hill Interamericana, Colombia.

Reyes, I.M. y Coss, E.J. (1994). Análisis de los criterios metodológicos para la evaluación de estudios de resultados de tratamiento del consumo excesivo del alcohol: una revisión documental de 1987 a 1992. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Rocha, O. D. (1996). Los riesgos de los hijos alcohólicos. Tesina UNAM. Facultad de Psicología.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

70

Rodríguez, M.P., Jiménez, T.M. (1983). Análisis preliminar de la familia del alcohólico y cómo es ésto determinante en su carácter. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Rodríguez, R.Z., Romero, A.F. (1983). Estudio comparativo de deterioro mental en alcohólicos. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Soriano, R.M. (1990). Problemas relacionados con el consumo de drogas. Resultados de una muestra que asiste a instituciones de atención a la salud y procuración de justicia. Tesis UNAM. Facultad de Psicología.

Souza y Machorro (1987). Alcoholismo. Conceptos básicos. Editorial, El Manual Moderno, México.

Velasco, F.R. (1988). Alcoholismo. Visión Integral. Editorial Trillas, México.

ANEXO

Cuestionario Autoadministrable de Alcoholismo

CUAAI.

NOMBRE:----- EDAD-----

ESTADO CIVIL----- ESCOLARIDAD-----

OCUPACION-----

A continuación, encontrará una serie de preguntas, conteste en forma sincera y franca ya que permitirá brindarle ayuda en caso de ser necesario, la respuesta es sólo Si o No.

Ejemplo: Tengo buen apetito. SI O NO

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Le gusta beber una copa de vez en cuando? | SI | NO |
| 2. ¿Cree que bebe más de lo normal? | SI | NO |
| 3. ¿Después de haber estado tomando la noche anterior se ha despertado sin recordar algo de lo ocurrido esa noche? | SI | NO |
| 4. ¿Alguna vez sus parientes cercanos se han quejado o preocupado porque usted toma? | SI | NO |
| 5. ¿Puede dejar de beber después de haber tomado una o dos copas? | SI | NO |

- | | | |
|--|----|----|
| 6. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por tomar? | SI | NO |
| 7. ¿Sus amigos o parientes creen que usted bebe lo normal? | SI | NO |
| 8. ¿Es capaz siempre de dejar de beber en el momento en el que usted quiere? | SI | NO |
| 9. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos debido a que usted bebe? | SI | NO |
| 10. ¿Ha tenido pleitos con otras personas cuando usted toma? | SI | NO |
| 11. ¿El tomar le ha creado problemas con su esposo(a), padres o algún pariente? | SI | NO |
| 12. ¿Alguna vez algún familiar ha sugerido que se le ayude por su costumbre de beber? | SI | NO |
| 13. ¿Ha perdido amigos porque usted toma? | SI | NO |
| 14. ¿Ha tenido problemas en el trabajo porque usted toma? | SI | NO |
| 15. ¿Ha llegado a perder algún trabajo porque usted bebe? | SI | NO |
| 16. ¿Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días debido a su costumbre de beber? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 17. ¿Alguna vez ha bebido en las mañanas? | SI | NO |
| 18. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir su consumo de alcohol? | SI | NO |
| 19. ¿Ha pensado alguna vez que es necesario que deje de tomar alcohol completamente? | SI | NO |
| 20. ¿Alguna vez la han dicho que tiene problemas en su hígado? | SI | NO |
| 21. ¿Alguna vez ha tenido episodios de confusión y nerviosismos severos en donde se imagina cosas que no son ciertas y/o dice cosas incongruentes por haber tomado en exceso? | SI | NO |
| 22. ¿Después de beber en forma exagerada, alguna vez ha tenido temblor nervioso, ha oído voces o visto cosas que no existen? | SI | NO |
| 23. ¿Debido a su costumbre de beber alguna vez ha pedido ayuda? | SI | NO |
| 24. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado debido a su costumbre de beber? | SI | NO |
| 25. ¿Alguna vez le ha dicho algún médico que deje de beber? | SI | NO |
| 26. ¿Ha sido paciente de un hospital psiquiátrico o de un servicio de psiquiatría de un hospital general? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 27. ¿Su consumo de alcohol fue parte del problema por el cual fue hospitalizado? | SI | NO |
| 28. ¿Alguna vez ha visto a un psiquiatra, psicólogo, médico general o sacerdote debido a problemas emocionales? | SI | NO |
| 29. ¿Alguna vez lo han detenido por manejar en estado de ebriedad? | SI | NO |
| 30. ¿Lo han detenido alguna vez por otras razones, en estado de ebriedad? | SI | NO |
| 31. ¿Alguno de sus parientes ha tenido problemas por beber? | SI | NO |