

114

2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DESARROLLO DE UNA ESCALA DE IMPULSIVIDAD Y SU
RELACION CON EL ALCOHOLISMO**

T E S I S

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

**GUTIERREZ FREGOSO SANDRA MA.
RODRIGUEZ JACOBO DORA LILIA**

**DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
ASESOR: MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA**



CIUDAD UNIVERSITARIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998

~~1007~~
257814.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A NUESTROS PADRES, HERMANOS Y FAMILIARES

Por su apoyo, cariño y comprensión en todo momento de nuestra vida y sobre todo en nuestro desarrollo profesional.

DORA LILIA RODRIGUEZ JACOBO

A mi madre

te doy eternamente las gracias por tu amor, entrega y apoyo en las situaciones más difíciles que he pasado y por el entusiasmo y las ganas que siempre me has inculcado para realizarme tanto personal como profesionalmente, te dedico mi trabajo con todo el amor que te tengo.

A mi padre

Te doy igualmente las gracias infinitas por el amor, comprensión e interés que siempre me has brindado en toda situación y momento en que me he encontrado, y por el entusiasmo que me has otorgado para mi realización y bienestar personal y profesional, de la misma manera te dedico esta tesis con todo mi amor.

SANDRA GUTIERREZ FREGOSO

A mi madre

gracias por apoyarme en todo momento de mi vida y por estar a mi lado en las buenas y en las malas, a ti te dedico este trabajo, gracias por tu amor y comprensión.

A mi padre

gracias por estar siempre a mi lado y por darme ánimos para superarme en todos los aspectos, eres un ejemplo a seguir en mi vida.

NOVIEMBRE 1997

AGRADECIMIENTOS

LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

Tenemos un agradecimiento muy especial para ti Lety por darnos la oportunidad de trabajar contigo y el demostramos tu interés y entusiasmo para concluir con este trabajo, también por motivarnos y alentarnos en los momentos difíciles en nuestro quehacer profesional y por ser una persona tan atenta, comprensible y especial GRACIAS.

LIC. FABIAN MARTINEZ SILVA

Mi querido Fabis, no te imaginas lo agradecidas que estamos contigo porque nos ayudaste en los momentos más difíciles que pasamos durante este trabajo. Tu ayuda en todo momento fue incondicional sin importarte si se nos ocurría trabajar en fin de semana o a la hora que fuera, siempre estabas en la mejor disposición y con un excelente sentido del humor para animarnos y hacemos los momentos muy agradables aún cuando tenias mucho trabajo, desveladas acumuladas o tus clásicos partidos de volibol entre otras cosas, queremos que sepas que lamentamos el no poder darte el reconocimiento formal que mereces ya que no depende de nosotras y tú sabes de sobra que nuestra intención era que formarás parte de nuestro jurado. Pero no importa, te tenemos en un lugar muy especial y como un verdadero amigo, MIL GRACIAS.

MTRO. JORGE MARTINEZ STACK

Queremos agradecerte al maestro por su participación, colaboración y asesoría estadística, ya que fue un punto clave en el desarrollo de nuestro trabajo, también queremos reconocer su interés en nuestro tema y sus indicaciones de gran importancia para la finalización de nuestra investigación.

MTRO. CELSO SERRA PADILLA

Le agradecemos por su participación, asesoría y sobre todo por sus comentarios tan acertados en nuestro trabajo y también por ser una persona tan accesible y amable.

LIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA

Tenemos un agradecimiento especial con usted por su apoyo, tanto en la participación directa como nuestra sinodal, así como en el procedimiento administrativo.

MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA

Gracias por aceptar ser nuestra asesora y sinodal de tesis, también por ser una profesionista tan agradable y accesible con nosotras.

DR. HECTOR AYALA Y VELAZQUEZ

Gracias por permitirnos trabajar en su proyecto de investigación, de donde pudimos obtener algunos datos de los pacientes que acudían al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, lo cual fue importante para el desarrollo de nuestra tesis.

DR. LUIS SOLIS ROJAS

Le agradecemos habernos permitido y darnos las facilidades para acudir a sus instalaciones y tomar la información necesaria de los pacientes que acuden a tratamiento en el CAAF.

DR. BELMONT Y DR. JORGE ESCOTO

También les damos las gracias por facilitarnos el acceso a la información que requerimos de sus pacientes y por la amabilidad, comprensión y disposición para darnos siempre un espacio en el Hospital General.

A LOS ACASULCOS

Tenemos un apartado especial para todos nuestros amigos y compañeros con quienes compartimos experiencias padrísimas, fueron momentos que de verdad nunca se olvidan durante los dos años que convivimos:

Miguelón (el Marqués de Acasulco), Claudia (la Flash), Mariana, Hilda, Paty, Esther, Vero, Maru, Alejandra, Claudia, Aidé, Miroslava, Irma, Jaime y al Dr. Díaz Guerrero.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1 DEFINICION DE IMPULSIVIDAD	9
CAPITULO 2 MODELOS TEORICOS SOBRE ALCOHOLISMO	14
CAPITULO 3 IMPULSIVIDAD Y SU RELACION CON LA INGESTA DE ALCOHOL	24
CAPITULO 4 METODO	59
CAPITULO 5 RESULTADOS	70
DISCUSION Y CONCLUSIONES	79
APENDICE 1	85
APENDICE 2	87
APENDICE 3	89
APENDICE 4	91
BIBLIOGRAFIA	94

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación que existe entre la variable psicológica que es impulsividad referida también como: búsqueda de sensaciones, conducta agresiva, toma de riesgos etc., y los diversos grados de consumo de alcohol, para determinar si este factor es predictor de la conducta adictiva.

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario desarrollar un instrumento que evaluara la Impulsividad. El instrumento que se utilizó para medir impulsividad es la Escala de Impulsividad (EI), y para medir dependencia al alcohol se utilizó la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), desarrollada por Skinner, H.A. y Horn, J.L. (1984).

Nuestra muestra quedó integrada por 120 sujetos, de los cuales 20 sujetos conforman un grupo de abstemios. Los 100 restantes son sujetos que asistían a tratamiento por su problema de alcohol.

Los resultados muestran que en la medida en que existe mayor impulsividad, las personas presentarán un problema mayor de dependencia al alcohol. Es decir, la impulsividad podría ser una variable que predice adicción. Se analizaron puntajes globales de la Escala de Impulsividad (EI) y Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y se encontró que son significativos estadísticamente ($r=.48$).

La información obtenida de esta investigación permitirá conocer la relación entre impulsividad y abuso de sustancias (alcohol) en la población que acude a un tratamiento en México, lo cual ayudará a diseñar en investigaciones posteriores programas de prevención, enfocados a controlar la conducta "impulsiva" y de esta forma reducir los accidentes y actos de agresión asociados con el consumo de bebidas alcohólicas.

INTRODUCCION

El objetivo de este estudio es evaluar la relación que existe entre la variable psicológica impulsividad referida también como: búsqueda de sensaciones, conducta agresiva, toma de riesgos, y los diversos grados de dependencia al alcohol, para determinar si ésta variable se relaciona con la conducta adictiva.

La investigación ha demostrado que el consumo de alcohol puede llevar a los sujetos a usar respuestas agresivas en situaciones donde puede ser perjudicial hacerlo o cuando su respuesta no está basada en una provocación intencional. (Sayette, Wilson y Elias, 1993). Estos antecedentes plantearon la necesidad de ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores, examinando la asociación entre la impulsividad (referida como: la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones incluyendo la conducta agresiva), y el consumo de alcohol.

Los accidentes y la conducta violenta constituyen un importante problema de salud pública en México. Al comparar su incidencia con la de otros países vemos que México se encuentra entre los que presentan las tasas más altas (Velasco; 1985).

Entre los numerosos factores que inciden en la ocurrencia de accidentes y actos de violencia se menciona con frecuencia el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando este consumo lleva a altos niveles de concentración de etanol en la sangre que producen cambios importantes en las conductas motora, cognitiva y emocional (Velasco; 1985).

Es necesario tener en cuenta que el alcohol tranquiliza, disminuye o suprime sentimientos desagradables: la angustia y la depresión. La persona que bebe excesivamente, con frecuencia utiliza el alcohol como una droga que altera su percepción del mundo para no sentirlo tan amenazante, o como un alivio a sus sentimientos hacia sí mismo que le resultan incompatibles con una vida sin angustia. Como el alivio es pasajero, se genera la posibilidad de un círculo vicioso que puede llevar al alcoholismo (Velasco; 1985).

Al analizar la frecuencia e incidencia de los patrones de consumo de alcohol en la población mexicana podemos ver cómo dos terceras partes de la población en México pueden clasificarse como bebedores. De ellos, 53.7% están entre los 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con

respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres (14,914.519 y 13,293.275 respectivamente). Es importante tomar en cuenta que con frecuencia y como parte de la percepción social del proceso de alcoholización tradicionalmente se venía identificando a la ingestión alcohólica, en particular la excesiva, con la falta de educación, la pobreza y la incultura. Al menos en lo que respecta a los sectores más escolarizados y su consumo -sin especificar frecuencia y tipo-, los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones no corroboran el supuesto social que tiende a identificar, de manera exclusiva, a los sectores sin educación formal con el grupo de los bebedores. En la categoría de bebedores por su magnitud, no se observaron diferencias por su ocupación (ENA; 1993).

CONSECUENCIAS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL

Uno de los aspectos clave que intervienen en la percepción del proceso de alcoholización es la relación contradictoria entre las consecuencias positivas y negativas de la ingestión alcohólica. Estudios cualitativos sobre la percepción infantil del consumo de alcohol han mostrado la ambigüedad con que perciben los niños el beber. Es frecuente que para ellos el consumo de alcohol sea símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad e incluso entre algunos grupos medida terapéutica; todo esto alentado por la misma familia y la comunidad. Simultáneamente, el consumo se asocia a violencia, maltrato, carencias, enfermedad e incluso la muerte. Por lo tanto, la ingestión alcohólica se percibe por los sujetos sociales de manera ambivalente (ENA,1993).

La ENA (1993), investigó una serie de consecuencias negativas, denominadas "problemas derivados del consumo de alcohol". La población a la que se refiere, la constituyen bebedores que reportaron un consumo de 5 o más copas por ocasión, durante el último año de su consumo. Es importante aclarar que lo anterior no implica que individuos que beben en menor cantidad estén a salvo de tener problemas ocasionados por su forma de consumir.

El 41.6% (n= 9 047 830) de los bebedores que tomaron 5 o más copas por ocasión en el último año presentaron 1 o más problemas derivados de su consumo. Aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en las calles, accidentes, entre otras consecuencias. Asimismo, datos de los archivos

de los servicios forenses demuestran cómo la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas (E.N.A., 1993).

Con los resultados del estudio, puede estimarse que 16 de cada 100 de aquellos que consumen 5 o más copas por ocasión tienen problemas que están involucrados con violencia, entre los que se incluyen: problemas con amigos (8.4%), con la policía (4.6%) y en bares (2.6%) (ENA, 1993).

En otro estudio, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública realizaron mediciones epidemiológicas de la población estudiantil de enseñanza media y media superior, para conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas. La muestra se seleccionó con base en los registros de la SEP sobre estudiantes que acuden a escuelas con reconocimiento oficial del país, se encuestó un total de 61 779 estudiantes.

Los resultados indican que el consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes. La prevalencia de consumo de estas dos sustancias es alta, especialmente si se considera que más del 95% de los estudiantes en la muestra eran menores de 18 años, es decir, no tenían la edad mínima para adquirir legalmente estos productos. Es importante mencionar que se observa un nivel bajo de percepción de riesgo: alrededor de un 10% de los estudiantes reportaron que sus maestros no hacen nada si algún estudiante llega intoxicado, sin embargo el nivel de tolerancia social para el uso es bajo (Medina-Mora y col., 1993).

CONSECUENCIAS SOCIALES

En un estudio de casos y controles sobre mortalidad infantil en México, se realizaron entrevistas a varias familias (704). Los datos obtenidos se utilizaron posteriormente para un análisis descriptivo del consumo de bebidas alcohólicas de la madre y del padre de los niños, a partir de información proporcionada por el cónyuge. En la muestra entrevistada se observó que son comunes los actos violentos del esposo contra la esposa, contra los vecinos y contra los hijos. Esta violencia está relacionada con el patrón de consumo de bebidas alcohólicas (a mayor consumo, más violencia). También se encontró que el 38% de la población gasta una cuarta parte o más del ingreso familiar en el consumo de bebidas alcohólicas (Borges, G.; Nátera, G.; Garrido, F.; Cárdena, V.; Ibarra, J. y Pelcastre, B.1992).

Un estudio comparativo sobre las formas de consumo de alcohol entre Escocia, Zambia, Estados Unidos y México, muestra que en nuestro país se reportan las tasas más altas de problemas individuales y sociales asociados al consumo; la forma de beber, la cual tiende a ser con menor frecuencia pero con mayor cantidad de consumo por ocasión, tiene consecuencias graves para la familia y se asocia frecuentemente a los delitos y los accidentes, más que otras formas de adicciones. Por ejemplo, el 79% de los suicidios asociados al consumo de drogas en 1990 se relacionó con el uso de alcohol. La cifra de suicidios asociados a alcohol se incrementó a un 90% en 1991 (Secretaría de Salud, 1994).

En el continente americano, los decesos causados por el uso y abuso de bebidas alcohólicas afectan a una gran parte de la población. Al analizar los diferentes tipos de accidentes y actos de violencia, en nuestro país, observamos que los homicidios fueron la causa más importante de muerte violenta, seguidos por los accidentes de vehículos de motor (Rosovsky y col., 1994).

Se cuenta con información sobre suicidios, homicidios y accidentes registrados en el Servicio Médico Forense del D.F., que es una institución del sector judicial, encargada de establecer, por medio de las autopsias, las causas de los decesos ocurridos en la ciudad de México. Del total de decesos ocurridos la mayoría fue por accidentes; de éstos, casi la mitad fueron de tránsito; le siguen en importancia los homicidios y los suicidios.

Las defunciones por accidentes y por actos de violencia afectan generalmente a individuos cuya edad es considerada como de alta productividad, con los consiguientes daños a su familia y a la sociedad. Entre los numerosos factores que pueden incidir para que ocurran los accidentes y los actos de violencia, se menciona frecuentemente el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente al alcanzarse ciertos niveles de concentración de etanol en la sangre. En esas condiciones se producen cambios en las funciones motoras, en la concentración y en el estado de ánimo (Rosovsky y col., 1994).

CONSECUENCIAS LEGALES

En 1987, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) llevó a cabo un estudio en el D.F., que registró no solamente las cifras de delinquentes alcoholizados, sino también el tipo de delito en que se vieron implicados: Los delitos que más frecuentemente se cometen bajo su influencia

son daños en propiedad ajena (36%), lesiones (18%), y robo (16%). Mientras que de 17,701 delincuentes, 3561 habían consumido alcohol y 164 habían delinquirido bajo el efecto de alguna otra droga (Secretaría de Salud, 1994).

En 1990 el 14.9% de la población de bebedores en México entre 18 y 65 años de edad, reportó haber tenido problemas familiares, el 12.4 % sufrieron problemas de salud asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas, el 8.8 % tuvo problemas con la policía, el 8.0% tuvo problemas en su lugar de trabajo, y el 15.9% se vio alguna vez involucrado en accidentes o hechos violentos debido a su consumo (Secretaría de Salud, 1994).

Del total de muertes accidentales reportadas en la Ciudad de México durante 1990, el 10% se asoció al consumo de alcohol. En el mismo año, 27% de los homicidios se asoció al consumo de drogas. El 94% de esas muertes se relacionó con el consumo de alcohol.

Existe otro tipo de delitos que no siempre son registrados en las Agencias Investigadoras, entre otros están los de violación, asaltos y riñas con lesiones que escaparon a la acción de la justicia y que no obstante son parte del saldo del alcoholismo que induce a la violencia.

CONSECUENCIAS DE SALUD

Dentro de los problemas sociales generados por el abuso de bebidas alcohólicas, se encuentran los problemas médicos en grandes grupos de la comunidad, relacionados principalmente con enfermedades crónicas degenerativas, las cuales sirven como un indicador del alcoholismo, por ejemplo en la cirrosis hepática y la mortalidad causada por ésta.

En relación con las diez principales causas de muerte registradas en los últimos reportes de la Secretaría de Salud, en 1990 la cirrosis hepática ocupó el noveno lugar a nivel nacional, con un volumen de 17,902 casos y una tasa de 22.03 por cada 100.000 habitantes, con una edad promedio a la muerte de 54.18 años y un promedio de años potenciales de vida perdidos de 19.44 años. En los accidentes, el homicidio y las lesiones infringidas intencionalmente por otras personas, como causas de muerte, el abuso en el consumo de alcohol está frecuentemente asociado.

(Secretaría de Salud, 1994).

Por otro lado, de acuerdo con datos proporcionados por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en las defunciones por cirrosis hepática de 1984 a 1986, la mayor incidencia se presentó en el grupo de 45 a 59 años. Los decesos en el sexo masculino se presentan con mayor incidencia en la etapa productiva de la vida, es decir, entre los 30 y 50 años, mientras que para las mujeres la mayor incidencia se presenta en edades más tardías.

Clinicamente, se ha demostrado la correlación directa que existe entre el alcoholismo, y el padecimiento y muerte por cirrosis hepática alcohólica del usuario. También se ha comprobado que el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas influye de manera indirecta e importante en la complicación de otras patologías, como puede ser la diabetes mellitus.

En un estudio descriptivo sobre las causas de muerte de 428 pacientes alcohólicos de la zona metropolitana de San José, Costa Rica, se encontró que las principales causas de muerte de estos pacientes alcohólicos fueron: 25% traumatismos y envenenamientos, 20% enfermedades del aparato circulatorio, 18.5% enfermedades del aparato digestivo y 15% por tumores (Martínez y Díaz, 1992).

El presente trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera:

En el Capítulo 1, se define el concepto de Impulsividad.

En el Capítulo 2, se hace una revisión de modelos teóricos sobre el alcoholismo: el modelo médico, el modelo de aprendizaje social y la Teoría de la Personalidad para poder explicar la etiología del uso y abuso de alcohol.

En el Capítulo 3, se hace una revisión sobre la relación entre Impulsividad y la ingesta de alcohol.

El Capítulo 4, está enfocado a describir el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

En el Capítulo 5, se presentan los resultados obtenidos.

En el Capítulo 6, se discuten los resultados, las limitaciones del estudio y los beneficios del trabajo de investigación.

CAPITULO 1

DEFINICION DE IMPULSIVIDAD

El contenido de este capítulo está enfocado a definir el concepto de impulsividad referida también como búsqueda de sensaciones, conducta agresiva, toma de riesgos, etc., las cuales incluyen emociones fuertes y búsqueda de aventuras. A continuación se presentan algunas de las definiciones más usadas para este término.

Impulsividad: Es un factor temperamental clasificado como extraversión. La impulsividad se caracteriza por la acción directa y espontánea, sin tomar demasiado en consideración las consecuencias (Arnold, E. y Meili, 1979).

Impulsividad: Tendencia a la reacción espontánea. Opuesto a la reflexibilidad. Estilo de pensamiento (Friedrich, 1985).

Impulso: (Lat. in= sobre + peller = empujar). Aunque conscientes de sus actos, las personas impulsivas son llevadas de manera irresistible a realizar determinadas acciones que se imponen a su voluntad. El impulso va acompañado de una sensación particular de angustia que desaparece cuando es satisfecha (De la Fuente, 1980).

Impulsivo:

- a) Acción inmediata, sin reflexión, o a una persona inclinada a actuar de esa manera.
- b) Caracteriza a una acción que no puede suprimirse o a una persona que habitualmente es incapaz de suprimir el impulso (impulso: tendencia iniciada por cambios en el equilibrio fisiológico, a ser sensible a un estímulo de índole determinado y a responder en cualquiera de las diversas formas relacionadas con la detención de una meta específica) (English, 1977).

Impulsivo: Se refiere al acto que constituye una respuesta inmediata, sin deliberación, ante la presentación de un estímulo (Diccionario de Ciencias de la Conducta, 1987).

Zuckerman define "búsqueda de sensaciones" como la disposición para tomar riesgos físicos y sociales motivado por la variedad, la novedad y las sensaciones complejas. Una de las subescalas de Zuckerman mide emociones estremecedoras y búsqueda de aventuras, el deseo expresado de estar involucrado en actividades arriesgadas y deportes rápidos y peligrosos (Cherpitel, 1993).

Nagoshi, al mismo término lo define como la búsqueda de emociones y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento (Nagoshi, Wilson, y Rodríguez, 1991).

Una de las manifestaciones de la impulsividad es la agresión, la cual se deriva del latín *agressionis*, que proviene a su vez de *agredi* que significa acometer. Así, tenemos que la agresión se define como: connotación, acción y afecto para agredir (Esparza, Pacheco y Rojas, 1994).

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define agresión como "el acto de acometer a alguien para hacerle daño, matarle o herirle". A la persona agresiva la define como "aquella persona que es propensa de faltar al respeto, ofender o provocar a los demás, alguien que violenta o quebranta el derecho de otros, que da motivo a riñas o querrela injuriando, amenazando, desafiando o provocando a otros de cualquier manera".

Agresión: Formas de conducta que se adoptan con la intención de perjudicar directa o indirectamente a un individuo (Friedrich, 1985).

Baron (1977), define la agresión como una forma de comportamiento intencionado cuyo objetivo es dañar física o verbalmente a otros, los cuales se ven obligados a evitar dicho trato.

Agresividad es un término que ha sido acuñado, dentro del vocabulario de la psicología, para dar cuenta de la capacidad humana para "oponer resistencia" a las influencias del medio. La agresividad humana tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales, por lo que constituye una estructura psicológica compleja, que ha sido definida de la siguiente manera:

"Agresividad es un constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones:

- ① una dimensión conductual (en el sentido de la conducta manifiesta) la que llamamos agresión;
- ② una dimensión fisiológica, en el sentido de concomitantes viscerales y autonómicos que forma parte de estados afectivos; y
- ③ una dimensión vivencial o subjetiva que califica la experiencia del sujeto, a la que llamaremos hostilidad" (Esparza, Pacheco y Rojas, 1994).

Con respecto a la agresividad humana, existe una vieja polémica, sostenida por etólogos, psicólogos y antropólogos, en torno al problema de si es cierto o no que los seres humanos son genéticamente agresivos. Las posturas instintivistas defienden la tesis de que nacemos con un componente de agresividad innata, que se manifestará de distintos modos, adjudicando a la cultura un rol "domesticador" de esos instintos (Esparza, Pacheco y Rojas, 1994).

Otros autores han señalado que la agresividad humana, entendida en un sentido amplio, es necesaria para vencer los obstáculos que el medio le presenta. De este modo, una persona emprendedora, que lucha por conseguir los objetivos que están en su proyecto de vida, que sortea las dificultades y sigue avanzando, podría ser definida como una persona agresiva, en el sentido positivo de la palabra (Esparza, Pacheco y Rojas, 1994).

Scott y Fredericson (1951), postularon una Teoría Multifactorial de la agresión y la violencia. Estos autores en lugar de agresión usan el término "conducta agonística" que significa "luchar" y que se define como "conducta adaptable en una situación de conflicto entre dos o más miembros de la misma especie". En esta conducta se incluyen la lucha ofensiva, defensiva, la huida y la pasividad. Para estos autores las causas de la conducta agresiva son: genéticas, ecológicas, históricas, biológicas y culturales.

Dicen que "los **factores genéticos** no crean la violencia, sino que modifican las capacidades de un individuo", haciendolo más o menos propenso a tener una conducta violenta con otros individuos.

En cuanto a los **factores ecológicos** mencionan que los más importantes son los físicos y los biológicos que contribuyen a la desorganización social, siendo éstos la limitación del espacio y de los desastres naturales.

En los **factores fisiológicos** se encuentran los efectos de las hormonas sobre la organización del sistema nervioso; en el sistema emocional - motivacional descansa el sistema de conducta agonística. Las emociones subjetivas relacionadas más estrechamente con la conducta agonística y la violencia son el temor y la ira, los factores fisiológicos producen efectos importantes en la conducta agonística y la violencia destructiva.

En los **factores de organización** el más importante es el de la organización de la conducta a través del proceso de aprendizaje, "para dar lugar a una conducta pacífica, los métodos de adiestramiento más útiles usan el principio de inhibición pasiva".

En los **factores sociales** son dos las causas de la violencia aparentemente opuestas, una es la desorganización o disgregación social. En el nivel social se ven los factores principales que contribuyen a la ocurrencia de la conducta violenta en los llamados individuos normales. "Si una sociedad humana se desorganiza, ocurren grandes brotes de violencia".

De los **factores de desarrollo** "al crecer y desarrollarse cada individuo es afectado por factores que actúan en todos los niveles de organización: genéticos, fisiológicos, sociales y ecológicos". Esto quiere decir que se combinan todos éstos factores y están relacionados entre sí como sistemas. "Todo individuo aunque influido por los factores comunes a la población en que vive, resulta ser único como resultado de la interacción entre su propia constitución genética y las variantes de la experiencia".

En términos del aprendizaje social, el primer requisito para desarrollar una teoría de la agresión según Bandura y Walters es definir lo que se entiende por una respuesta agresiva, considerando que existen cuando menos tres criterios utilizados en las aproximaciones psicológicas (García y Martínez, 1989):

- ⇒ Antecedentes de la respuesta (intencionalidad).
- ⇒ La manifestación de la respuesta.
- ⇒ Intensidad de la respuesta.

De estos tres, el utilizado por Bandura es el de la manifestación de la respuesta evitando la subjetividad y los juicios de valor que acontecen cuando se considera la intencionalidad en la respuesta agresiva. Así, el término agresión se restringe a aquellos actos que objetivamente hieren o dañan a alguien. Definida la agresión, la teoría del aprendizaje social encuentra en la imitación una explicación de buena parte del comportamiento agresivo (García y Martínez, 1989).

Bandura y Walters (1974), definen la imitación como un aprendizaje observacional, que genera respuestas nuevas en el observador, a partir de un modelo; que no necesita de instrucciones explícitas y de refuerzo directo para manifestarse.

Así, tenemos que Bandura (1973) y Zillman (1978) en la Teoría del Aprendizaje Social, nos dicen que las respuestas agresivas:

Se aprenden en forma muy semejante a los demás tipos de conducta social.
Se refuerza con diversas formas de recompensa (entre ellas el elogio o la consecución de las metas deseadas).
Son desencadenadas por determinados estímulos ambientales (por ejemplo: insultos o contacto con modelos violentos).

Señalan que por ser una conducta social adquirida, la agresión será susceptible de cambio o modificación que podría ser eliminada por completo de las interacciones. En esta teoría la imitación es un aspecto esencial del aprendizaje. Las señales sociales sirven como estímulos discriminativos y se refuerzan o no las respuestas del aprendiz según reproduzcan o no las del modelo (Baron, 1978; Bandura y Walters, 1971).

Es conveniente unificar una definición de Impulsividad para optimizar la presente investigación, por lo tanto el concepto que se utilizará a lo largo de este trabajo es el siguiente:

IMPULSIVIDAD: "Comprende conductas arriesgadas (búsqueda de sensaciones, conducta agresiva, toma de riesgos) que ponen en peligro el bienestar propio y/o de los demás, llevadas a cabo por el individuo sin tomar en cuenta las consecuencias de su actos, sólo por el gusto de realizarlas" (González-Forteza; Andrade; y Jiménez, 1997).

CAPITULO 2

MODELOS TEORICOS SOBRE ALCOHOLISMO

En la actualidad existen varios modelos teóricos para explicar el alcoholismo. Algunos profesionales perciben el alcoholismo como una enfermedad progresiva y crónica que puede ser contenida, pero no curada; de hecho, la característica más prominente de esta condición es su aparente irreversibilidad. Bajo la concepción médica, su cronicidad es la característica esencial que distingue al alcoholismo de otras condiciones más transitorias. En el lenguaje cotidiano, un individuo etiquetado como "alcohólico" es alguien que ha tenido una historia repetida de consumo incontrolado de alcohol, que usualmente trae consigo una seria discapacidad. En general, parece ser que el alcoholismo es persistente, difícil de tratar y con una alta posibilidad de seguir un curso peligroso si no se le somete a una intervención cuidadosa (Pattison, 1976).

Según el modelo médico los factores que dan origen al alcoholismo son:

- ❑ Factores genéticos: Se han realizado diversos estudios centrados en los factores genéticos como causa del alcoholismo, Wierik (1988), señala que el alcoholismo puede ocurrir con mayor frecuencia entre familiares cercanos de alcohólicos y reporta que algunos estudios han estimado que el 40% de alcohólicos tienen un pariente alcohólico. Aunque se han realizado diversos estudios sobre el origen genético del abuso del alcohol, aún no se puede establecer que este factor sea el determinante o el que explique el alcoholismo.
- ❑ Factores Endocrinológicos: El modelo médico explica que el abuso de alcohol puede deberse a un desorden glandular que se causa por la ingestión de alcohol, ya que esta ingestión provoca un shock en el sistema endocrino. La continua ingesta lleva a una insuficiencia en la corteza adrenal. Este proceso se inicia con la intoxicación alcohólica, que en un principio lleva a un aumento de hormonas adrenocorticales para después descender abruptamente. Esta condición lleva a continuar bebiendo.
- ❑ Factores Cerebrales: El fenómeno de pérdida de control, consecuente a una ingesta excesiva de alcohol, ha sido interpretado como un daño cerebral en los centros que controlan el juicio y la voluntad.

□ Factores Bioquímicos: La adicción se provoca por los elementos contenidos en el alcohol, que al ser ingeridos por un individuo con predisposición, se incorporan rápidamente al organismo.

Otra concepción se centra en considerar al alcoholismo como un comportamiento adictivo y no como proceso de una enfermedad progresiva e incurable. Esto implica que los mecanismos que propician el desarrollo y mantenimiento de estos patrones de hábito son los mismos que regulan el aprendizaje de la mayor parte del comportamiento humano. Esta concepción alternativa se conoce como el modelo psicológico del aprendizaje social. (Marlatt, 1978).

La Teoría del Aprendizaje Social inicialmente fue desarrollada por Bandura y Walters (1974), la cual toma en cuenta los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. Bandura (1969), para dar una explicación sobre cómo se adquiere y modifica la conducta humana, introduce nuevos principios derivados de la psicología cognitiva, enfatizando la importancia de los procesos de:

✓ Simbolización, que es la capacidad de los humanos para representar eventos, analizar su experiencia consciente, comunicarse con otros en cualquier distancia de tiempo y espacio, planear, crear, imaginar y emplear acciones preventivas.

✓ Aprendizaje vicario, el proceso vicario es el que permite la modificación de conducta de un observador en virtud de un modelo, es decir aprendizaje por imitación.

✓ Autorregulación, explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca continua entre determinantes cognitivo-conductuales y medio ambientales. De acuerdo al proceso de autorregulación las personas no reaccionan simplemente con influencias externas, sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que inciden en ellas. Por medio de incentivos y consecuencias autogeneradas ellos pueden ejercer alguna influencia sobre su propia conducta (Bandura 1977).

El modelo de Aprendizaje Social, reconoce también los factores biológicos como condiciones predisponentes que modifican la conducta y el aprendizaje. Pero también, el principio de este modelo asume una orientación adaptativa, la

anticipación, la expectación, y memoria en cuanto a la historia de uso y modelamiento que juegan un importante papel como determinantes de la conducta (Abrams y Niaura; 1987).

Retomando el modelo médico la suposición central es la potencia motivacional y primacía de la dependencia fisiológica en el desarrollo del alcoholismo y el mantenimiento del comportamiento de beber. Bajo esta perspectiva, la dependencia fisiológica se sobrepone al control que el individuo tiene sobre su conducta de beber, explicando la paradoja del beber excesivo, aún ante consecuencias extremadamente desagradables. El enfoque en esta aproximación se centra en las acciones farmacológicas específicas del alcohol o las interacciones entre la farmacología y los procesos metabólicos.

Mientras que dentro de la teoría del aprendizaje social no se descarta que los factores farmacológicos pueden contribuir al alcoholismo. Es más, se descansa en ciertas acciones farmacológicas para dar cuenta del comportamiento de beber y el alcoholismo (estrés, abatimiento de la respuesta, auto-confianza, etc.). Sin embargo, a diferencia del modelo de enfermedad que utiliza factores farmacológicos y fisiológicos como conceptos explicativos directos y exclusivos, la visión derivada de la teoría del aprendizaje social los considera como factores que interactúan y que son mediados por procesos psicológicos. Existe evidencia que sugiere que los fenómenos conductuales de la pérdida de control y gusto incontrolable por beber, que usualmente se atribuyen a la dependencia física al alcohol, emergen en gran parte de las expectativas que un individuo tiene sobre el alcohol (Goldman, Brown y Chistiansen, 1987).

Otros investigadores sugieren que mientras que es importante reconocer que las influencias farmacológicas directas contribuyen al desarrollo de la tolerancia y la dependencia, es más importante el considerar cómo éstos factores interactúan con variables de aprendizaje social para moderar la conducta de beber alcohol (Abrams y Niaura, 1987; Shipley, 1987).

Una creencia más que difiere a la teoría del aprendizaje social del concepto de alcohol como enfermedad es que éste es un fenómeno unitario. De acuerdo a esto el alcoholismo es un desorden con una sola etiología. Bajo esta perspectiva, a los alcohólicos no se les considera como todos iguales, pero sí similares en los factores relevantes (Pattison, Sobell y Sobell, 1977; Peele, 1985).

Y a lo que respecta la visión de la Teoría del Aprendizaje Social, difiere significativamente de una visión unitaria. En primer lugar se rechaza la noción de que una sola etiología está implícita en las consecuencias del alcoholismo; en su lugar se sugiere la posibilidad de que existen diferentes procesos causales a los problemas relacionados con el alcohol, es decir que los alcohólicos difieren unos de otros. De ahí que en la visión psicológica del alcoholismo se considere que las diferencias entre alcohólicos son tan importantes o más que las similitudes (Ayala, H.E, 1993).

Otra diferencia relevante entre la visión psicológica del alcoholismo y de la concepción de éste como enfermedad es el énfasis en etapas o fases del alcoholismo. Tradicionalmente se considera al alcoholismo como una enfermedad progresiva y degenerativa; esto es, si la enfermedad no se interrumpe, uno pasará a través de una variedad de etapas identificables cada una de ellas más severa que la que le precede.

En contraste, la visión psicológica del alcoholismo propone que las etapas no son necesariamente progresivas y que tampoco tienen la misma etiología subyacente. La teoría del aprendizaje social es la que propone con mayor énfasis la necesidad de des-agregar y de especificar los problemas del alcohol, así como la aplicación diferencial de diversas conceptualizaciones teóricas a éstos problemas (Ayala, H.E, 1993).

En resumen a estos dos modelos, el modelo médico da demasiada importancia a la etiología biológica, bajo esta concepción, la cronicidad es la característica esencial que distingue al alcoholismo, no dejando lugar a la prevención ni rehabilitación de dicha conducta.

Y en cuanto a la teoría del aprendizaje social, plantea que los problemas en el consumo del alcohol son patrones de comportamiento socialmente adquiridos que se mantienen por numerosas señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser de naturaleza social, fisiológica y psicológica (Miller y Eisler; 1977).

DESARROLLO HISTORICO SOBRE LA TEORIA DE LA PERSONALIDAD ALCOHOLICA

El rol de la personalidad de acuerdo a la etiología del alcoholismo ha tenido cambios considerables durante el presente siglo. En diferentes tiempos la personalidad ha sido considerada:

- 1) que no contribuye con el alcoholismo,
- 2) que es la causa exclusiva del alcoholismo, y
- 3) que ocupa un rol en la etiología del alcoholismo tan importante como las influencias biológicas, psicológicas y ambientales.

LA PERSONALIDAD DEL ALCOHOLICO

Durante los años 40's y 50's hubo varias referencias para el concepto "La personalidad del alcohólico" (Landis 1945; Levy 1958; Machover y Puzzo 1959), quienes aportaron con la idea que los alcohólicos tienen una estructura de su personalidad única, que es necesaria para que el alcoholismo ocurra; además en contraste al punto de vista dominante de principios de siglo de que el alcoholismo no está relacionado con la personalidad; "La personalidad del alcohólico" implica que la personalidad fue la causa exclusiva del alcoholismo, el concepto de una personalidad alcohólica fue indudablemente fomentado por el rol que los psicoanalistas asignaron a la personalidad en la etiología del alcoholismo. Sin embargo el concepto fue también consistente al punto de vista de alcohólicos anónimos.

Siguiendo con la especulación sobre la existencia de una personalidad alcohólica hubo esfuerzos para especificar su naturaleza administrando pruebas psicológicas para alcohólicos. Estas pruebas incluyen pruebas proyectivas como el Rorschach Inkblot Test (Machover y Puzzo, 1959), pruebas objetivas como el Minnesota "Inventario Multifásico de la Personalidad" MMPI; (Hewitt, 1943) y varias pruebas de percepción / interacción de la personalidad

A pesar de los intentos sin éxito para identificar la personalidad alcohólica, la práctica de administrar pruebas de personalidad a alcohólicos fue un intento por identificar las características distintivas de su personalidad. Sin embargo la

búsqueda de la personalidad del alcohólico ha sido gradualmente reemplazada por la búsqueda de varios subtipos de personalidad que ayudan a considerar el alcoholismo para diferentes personas, a pesar de que la heterogeneidad de los alcohólicos ha sido reconocida por estos autores (Knight, 1937; Levine y Zigler, 1973; Rudie y McGaughan, 1961).

Desde 1979 ha habido una proliferación de la investigación científica en alcoholismo y una porción sustancial de ésta búsqueda está ligada con las correlaciones de la personalidad alcohólica. Estos hallazgos pueden ser interpretados como pruebas que no dejan duda que la personalidad es en verdad un contribuyente importante para el desarrollo del alcoholismo. Sin embargo en contraste al punto de vista formal de que una estructura única de la personalidad es la causa exclusiva del alcoholismo, un punto de vista general es que varias dimensiones de la personalidad interactúan con diversas variables biológicas, ambientales y psicológicas para producir el fenómeno complejo del alcoholismo.

Los investigadores que siguieron un acercamiento intrapsíquico y aquellos que siguieron el acercamiento diferencial utilizaron pruebas de personalidad como herramientas para estudiar la relación entre personalidad y alcoholismo. Tradicionalmente, las pruebas han sido clasificadas en dos categorías: PROYECTIVAS Y OBJETIVAS.

La práctica llegó a la conclusión de que las pruebas proyectivas no deberían ser generalmente utilizadas en las investigaciones con alcohólicos, porque la interpretación de los resultados ha sido ligada a la intuición clínica y la subjetividad. Y referente a las pruebas objetivas consisten a una lista de reactivos y el procedimiento típico para el sujeto es que indique si cada reactivo se aplica o no a cada persona. La calificación de éstas pruebas sigue un procedimiento de rutina, es por ello que se les llama pruebas de designación objetiva. La prueba multidimensional más utilizada para evaluar a alcohólicos es el "Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI".

Para estudiar los antecedentes de la personalidad del alcoholismo los investigadores se han ayudado de procedimientos óptimos. Un procedimiento eficiente es estudiar las características de personalidad de quienes tienen riesgo de desarrollar problemas de alcohol. Dos categorías de alto riesgo que han sido estudiadas son:

1) Los hijos biológicos de alcohólicos de sexo masculino quienes son cuatro veces más propensos a convertirse en alcohólicos que personas elegidas al azar en población general.

2) Hombres jóvenes bebedores cuyas características de personalidad se asemejan a la de los hombres adultos alcohólicos.

Desde un punto de vista metodológico los estudios que siguen un diseño de prospectiva longitudinal son los más deseables. En éstos se sigue a los sujetos desde una etapa temprana de su vida hasta un largo tiempo después, hasta que algunos de ellos se han convertido en alcohólicos. Estos estudios son capaces de identificar los precursores de la personalidad alcohólica, al contrario de aquellos que siguen una metodología retrospectiva, archivista o de alto riesgo. Sin embargo los estudios de prospectiva longitudinal pierden demasiado tiempo y son muy caros de llevar a cabo.

El procedimiento típico para identificar las características de personalidad del alcohólico ha sido administrar las pruebas personales a un grupo entero de sujetos y presentar los resultados en forma de promedios.

Otro procedimiento ha sido estudiar las características de los bebedores excesivos, incluyendo bebedores problema no diagnosticados como alcohólicos. Las investigaciones con éstos sujetos han dado resultados válidos en las dinámicas de la personalidad sobre consumo excesivo de alcohol.

EFFECTOS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL EN LA PERSONALIDAD

- Hay dos formas para saber cómo afecta el alcohol en la personalidad. Una manera es notar los cambios que ocurran del estado sobrio al intoxicado. La otra forma es darse cuenta de cómo el uso habitual de alcohol afecta la personalidad durante el tiempo que están sobrios. En el segundo caso los efectos del alcohol son acumulables y necesitan ser monitoreados durante un largo período de tiempo.

Hay dos tipos de efectos del alcohol:

1) Los agudos (los cambios que ocurren durante un solo episodio de intoxicación)

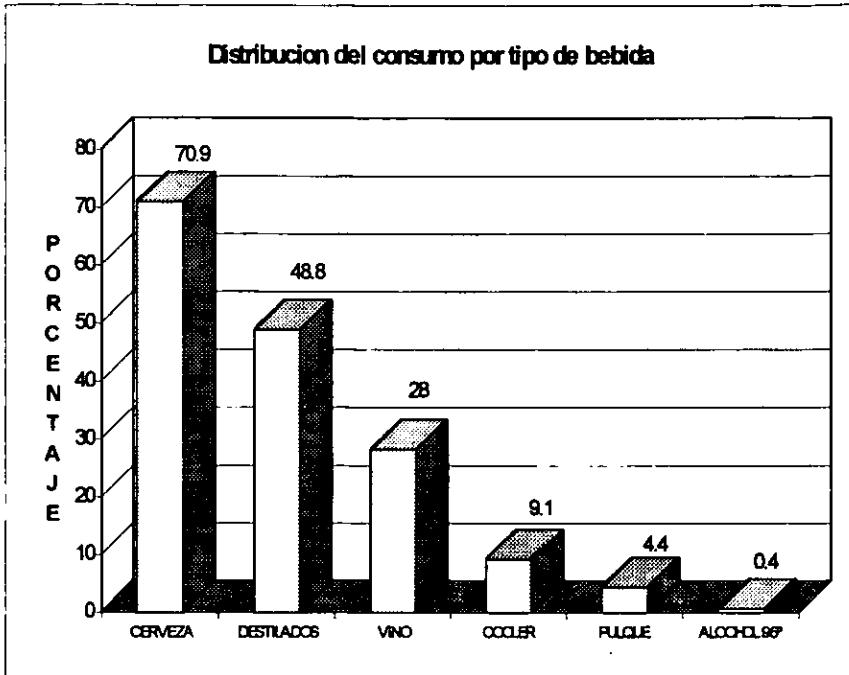
2) Los crónicos (los cambios que ocurren durante sesiones continuas y extensas de consumo que llegan a durar semanas).

Estos dos efectos han sido importantes al ligarlos con la motivación de las personas hacia el uso y abuso de alcohol. En las investigaciones se ha reportado que las respuestas afectivas hacia el alcohol son variables dependientes para su consumo.

FRECUENCIA Y TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

Preguntas centrales respecto al consumo de bebidas alcohólicas son las relativas a frecuencia, cantidad y tipo de bebida. Casi una cuarta parte de la población bebedora en México consume alcohol de 1 a 3 veces por mes; aproximadamente una quinta parte consume entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3% entre 5 y 7 veces a la semana. Más de la tercera parte de la población bebedora consume con una frecuencia de 2 a 6 veces al año (ENA, 1993).

El tipo de bebida que más se consume a nivel nacional es la cerveza, (70.9%); alrededor de la mitad de la población bebedora consume destilados (48.8%) y poco más de una cuarta parte (28%) consume vino de mesa. Los coolers se consumen por un 10%; el 5% toma pulque y en cantidades menores al 1% (0.4%) alcohol del 96°. En cuanto a la frecuencia con que se consume la cerveza, cerca del 16%, lo hace de 1 a 4 veces por semana y el 22.5% de 1 a 3 veces por mes. En cuanto a la ingestión de destilados, el 10% los consume entre 1 y 3 veces por mes y casi el 5% de los adolescentes los consume con ésta misma frecuencia. Los porcentajes más altos de consumo de vino de mesa se ubican en la frecuencia de 2 a 6 veces por año; el 13.5% de los bebedores lo ingieren con esa frecuencia (ENA, 1993).



A continuación se presentan los resultados obtenidos de algunos estudios que se llevaron a cabo para evaluar el uso y abuso de alcohol en México. Tanto en la población rural como en la urbana, la cerveza y los destilados son las bebidas de preferencia 89% y 83% para rural y urbano respectivamente, para destilados 51% y 77%, el pulque con 51% y 29%, para el vino un 21% y un 1% respectivamente. En cuanto a la frecuencia en el consumo diario o casi diario destaca la zona rural en bebidas como cerveza, pulque y alcohol del 96%, y en la zona urbana se reportan los destilados y el vino como los preferidos (Rascon y Medina-Mora, 1993).

De acuerdo con la OMS sobre el síndrome de dependencia de alcohol, uno de cada 8 adultos mexicanos mayores de 24 años tiene problemas con el alcohol y un gran número de ellos son alcohólicos severamente dependientes (Secretaría de Salud, 1994).

La Encuesta Nacional de Adicciones constituye uno de los estudios más recientes con el que se cuenta en nuestro país. La ENA revela que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6% y para los individuos de 18 a 65 años es de 33.5%. Estos

tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez al mes (Secretaría de Salud, 1994).

La cerveza es la bebida alcohólica de preferencia para el 80% de los encuestados, seguida por los destilados. El 5.9 % del total de la población urbana del grupo de 18 a 65 años de edad considerada en la Encuesta, cumple con el criterio de "dependencia hacia el alcohol", prevalencia que es de 12.5% entre los hombres y del 0.6% entre las mujeres. De acuerdo a la edad, son los hombres de 18 a 29 años quienes muestran mayor prevalencia de consumo, y en cuanto a la escolaridad, se observa que el número de dependientes aumenta a medida que se reduce el número de años cursados (Secretaría de Salud, 1994).

CAPITULO 3

IMPULSIVIDAD Y SU RELACION CON LA INGESTA DE ALCOHOL

TEORIA E INVESTIGACION DE LA PERSONALIDAD

La práctica de tomar bebidas alcohólicas por sus efectos de placer es muy antigua, teniendo datos desde antes del nacimiento de Cristo. Los problemas asociados con beber alcohol también son muy antiguos, teniendo datos de incidentes de alcoholismo también desde antes del nacimiento de Cristo (Coleman, Butcher y Carson, 1984 p. 398).

A pesar de la longevidad de los problemas de alcohol de la humanidad, es reciente que las personas empezaron a asociarlos con dificultades médicas o psicológicas. Han ocurrido intentos esporádicos de hacerlo durante los siglos XIX y XX. Por ejemplo, el concepto de alcoholismo como enfermedad fue mencionado por primera vez por Benjamín Rush (1753-1813), quien propuso que se establecieran hospitales específicamente para el tratamiento de alcohólicos. También durante el siglo XIX, algunos científicos intentaron promover la idea de que el alcoholismo es una enfermedad, en un artículo publicado en el "Journal of Inebriety" que continuó publicándose hasta ahora como el "British Journal of Addiction" (Keller, 1976). El primer intento publicado para relacionar el alcoholismo con dificultades psicológicas aparentemente fue el artículo de Abraham (1908-1954), en que establecía que los problemas con el alcohol están interrelacionados con dificultades sexuales.

Estos primeros intentos por promover los puntos de vista médicos y psicológicos sobre la etiología del alcoholismo surgieron como una idea prevalente durante los siglos XIX y XX, de que el alcoholismo era una debilidad moral y, por ello, podía no ser tratado apropiadamente con intervenciones médicas y psicológicas. Otra idea común era que "el demonio del alcohol" se adquiría por herencia y que el alcohol no podía ser consumido por ninguna otra persona sin correr algún riesgo. De acuerdo al punto de vista anterior, la manera para eliminar el alcoholismo era hacer el alcohol difícil de conseguir. Esta actitud ganó popularidad durante el movimiento de sobriedad y eventualmente fue hecho ley mediante la enmienda dieciochoava de la

Constitución de los Estados Unidos, que se hizo efectiva en 1920. La prohibición, claro está, resultó ser un error desastroso y fue apelado por la enmienda diecinueve que se hizo efectiva en 1921.

Por la prohibición anterior, los puntos de vista psicológicos y médicos sobre la etiología del alcoholismo fueron considerados más seriamente que antes. En particular, el interés renació con el concepto del alcoholismo como enfermedad dado por Alcohólicos Anónimos en 1935 (Alcohólicos Anónimos, 1976). Esta organización de auto-ayuda para alcohólicos promovió el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad y que los alcohólicos deben abstenerse de tomar alcohol por completo para poder sobrepasar su enfermedad y no tener recaídas (Jellinek, 1960). Alcohólicos Anónimos creció y se convirtió en una organización mundial, y en Norteamérica se ha convertido en la forma principal de tratar el alcoholismo (Miller, 1983).

Además de buscar ayuda en Alcohólicos Anónimos, los alcohólicos han incrementado la búsqueda de tratamiento con psiquiatría. Los psiquiatras utilizaron teorías psicoanalíticas en un intento por entender la etiología del alcoholismo y para tratar a los pacientes alcohólicos. Los psicoanalistas publicaron sus estudios sobre pacientes alcohólicos (Chassell, 1938; Knight, 1936, 1937, 1938), y el punto de vista psicoanalítico se convirtió en el punto de vista profesional dominante con respecto a la etiología del alcoholismo.

De acuerdo al punto de vista psicoanalítico, la personalidad juega un papel crucial en el rol de la etiología del alcoholismo. Se dice que el alcoholismo es causado por disturbios premorbosos en la personalidad, y que los alcohólicos deben tener cambios fundamentales en su personalidad para tener éxito en su tratamiento. Este punto de vista no es inconsistente con el concepto del alcoholismo como una enfermedad tomada por los Alcohólicos Anónimos. Los miembros de A.A. buscan identificar algunos defectos básicos en ellos (como una estructura de la personalidad con fallas) para encontrar una causa a la cual atribuirle su enfermedad. Los miembros de A.A., también establecen que deben tener un cambio fundamental en su personalidad y en su estilo de vida para evitar recaídas en su enfermedad (Thoreson y Budd, 1986).

PSICOANALISIS

De acuerdo a los psicoanalistas clásicos, la etiología del alcoholismo aún no está resuelta. Sin embargo, hay algunos temas que están relacionados a este punto de vista. Por ejemplo, los alcohólicos han sido vistos por varios

psicoanalistas como fijados en , o regresados a, cada una de las tres etapas pregenitales psicosexuales del desarrollo: oral, anal y fálica (Blum, 1966; Fenichel, 1945). Sin embargo, ver a los alcohólicos en una especie de fijación a la etapa oral es el punto de vista más común.

El que los alcohólicos estén oralmente fijados, se infiere de algunas características de la personalidad que se han observado comúnmente entre los alcohólicos adultos: dependencia, inmadurez, poca tolerancia a la frustración y poca habilidad para retardar gratificaciones. El alcohólico que despliega estas características de personalidad se relaciona con un pequeño niño que experimentó frustraciones durante el desarrollo de su etapa oral. Estas frustraciones hacen que el individuo continúe buscando gratificación oral durante su vida, y lo hacen de una forma inmadura.

Según este punto de vista, para las personas que están fijadas en la etapa oral, el tomar alcohol sólo significa una forma de alcanzar gratificación. Esto es, consumir alcohol no es solamente un estimulante oral, sino también una forma de promover una sensación psicológica inmediata de placer. Sin embargo, ingerir alcohol en grandes cantidades como lo hacen los alcohólicos, se acompaña de una variedad de consecuencias adversas. Además, el beber excesivamente es una forma inmadura de obtener gratificación oral.

Entre algunos psicoanalistas existe el tema (una variante del punto de vista de la frustración oral) sobre los alcohólicos varones, el cual dice que éstos se caracterizan por homoerotismo, que se piensa es latente o no directamente observable (Fenichel, 1945, p. 379). Según estos psicoanalistas, el homoerotismo de los alcohólicos es originado cuando el niño varón, frustrado por su madre durante la etapa oral psicosexual del desarrollo, desarrolla un vínculo emocional con su padre. Sin embargo, la evidencia ofrecida por los psicoanalistas sobre este tema es nebulosa.

A pesar de la falta de claridad de la definición de homoerotismo, hay evidencia de que muchos alcohólicos, de hecho tienen dificultades sexuales, incluyendo dificultades en su orientación sexual (Benson y Wilsnak, 1983; Gomberg, 1986). Los problemas sexuales de los alcohólicos incluyen aquellos relacionados con los roles de género, abuso sexual y disfunción sexual. Algunas veces los problemas sexuales preceden y otras siguen a los problemas de alcoholismo. Cualquiera que sea el caso, parece que los problemas de alcohol como sus problemas sexuales se contribuyen recíprocamente.

Otra interpretación psicoanalista del alcoholismo (otra variante del punto de vista de la frustración oral) ha sido promovida por Menninger (1938, p. 160ff). Menninger estableció que debido a la frustración oral durante la infancia, los niños crean resentimientos contra sus padres, pero como no pueden expresar directamente sus impulsos hostiles hacia éstos que son más poderosos, los impulsos se vuelven auto-dirigidos. De acuerdo a este punto de vista el alcohol tiene dos funciones: le permite a los alcohólicos satisfacer tanto su deseo oral como sus tendencias auto-destructivas. Su tendencia auto-destructiva se ve en su hábito repetido de ingerir alcohol a pesar del hecho de que tiene consecuencias negativas por hacerlo (i.e., auto-destrucción).

Mucho pesimismo ha sido expresado sobre la interpretación clásica psicoanalítica del alcoholismo, donde las mayores objeciones han sido resumidas por Lang (1983, p. 158). *Primero*, la evidencia de los psicoanalistas para respaldar su punto de vista, es tomada como una conclusión sin terminar, ya que los psicoanalistas han operado desde la base de que las dificultades de la personalidad son la causa del alcoholismo. *Segundo*, los datos que los psicoanalistas obtienen de las personalidades alcohólicas son prejuiciados, ya que estos datos son adquiridos retrospectivamente de personas con disturbios y sólo en el contexto de una psicoterapia individual. *Tercero*, el psicoanálisis es visto básicamente como una rama no científica. Dado que los conceptos del psicoanálisis son difíciles, ha sido difícil probar su validez.

TEORIAS DE DEPENDENCIA

La dependencia (que puede ser expresada directa o indirectamente) es vista por los psicoanalistas como características prominentes de la personalidad en alcohólicos varones que se originan de su fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual (McCord y McCord, 1960; Blane, 1968).

McCord y McCord veían a los alcohólicos como sujetos con necesidades intensas de ser dependientes de otras personas y al mismo tiempo con la fuerte necesidad de ser independientes de ellos. La necesidad de ser dependiente se observa en la tendencia de los alcohólicos a buscar comprensión y cariño de otras personas -una necesidad que se presume surgió de la frustración de las necesidades orales durante la edad temprana. La necesidad de ser independientes se observa en las características de personalidad masculina y

agresiva de los alcohólicos varones -un rol que es prescrito por la sociedad de los varones americanos.

Además, los alcohólicos varones se encuentran en conflicto, e intentan satisfacer sus dos necesidades opuestas simultáneamente bebiendo en exceso. Es decir, beber en exceso es claramente una actividad masculina, pero mientras están intoxicados e incapacitados por el alcohol, los alcohólicos varones pueden permitirse manifestar sus necesidades dependientes sin sufrir las sanciones de la sociedad por haberlo hecho. Además, pueden ser sentimentales y cercanos con otras personas, y atribuirle estas conductas al alcohol y no tanto a sus propios motivos.

Por otra parte, Blane (1968) ha observado que las necesidades de dependencia de los alcohólicos varones se pueden manifestar en diferentes maneras. Primero, los alcohólicos abiertamente dependientes son muy dependientes de otras personas: su estilo primario de interacción es buscar el cuidado y protección de los demás. Segundo, los alcohólicos contra dependientes varones, a pesar de tener necesidades intensas e inconscientes de dependencia, evitan asiduamente cualquier indicio consciente de dependencia. En su lugar, muestran una imagen directamente opuesta a sus necesidades reales: asertividad, independencia y masculinidad. Tercero, los alcohólicos varones dependientes-independientes fluctúan entre la dependencia y la independencia extrema, de acuerdo a las circunstancias particulares en que se puede encontrar.

En resumen, de acuerdo a las formulaciones de McCord y McCord (1960) y Blane (1968) la dependencia de los alcohólicos se presenta como una conducta patente que es opuesta a sus motivos fundamentales.

REDUCCION DE LA TENSION

Como hemos visto, cuando el concepto de "personalidad alcohólica" fue introducido hubo muchos intentos para identificar las características de personalidad de los alcohólicos. La tensión era una característica que se especificaba comúnmente. La idea de que los alcohólicos son tensos se originó en el psicoanálisis, el cual establecía que los alcohólicos tenían altos niveles de tensión o ansiedad que se originaba de sus frustraciones orales y sus conflictos de dependencia y que intentaban reducirlos bebiendo alcohol. Sin embargo, la idea de que la tensión producía conflictos de dependencia fue la principal

motivación para el consumo excesivo de alcohol, y fue apoyada en estudios cruzados culturales (Bacon, 1975; Horton, 1945) en los cuales se encontró que el grado en que la sociedad fomenta los conflictos de dependencia está correlacionada con la frecuencia de los bebedores en esa sociedad.

Este efecto del alcohol en conflictos de resolución fue estudiado experimentalmente con animales de laboratorio durante los años 1940 y 1950 (Conger, 1951, 1956; Masserman y Yun, 1946). En estos experimentos, los animales fueron puestos en situaciones de conflicto de acercamiento/evitación y se les fue administrando alcohol. El alcohol les causó aproximarse a la meta que previamente habían evitado, a consecuencia de que el alcohol intensificaba su tensión.

Estos experimentos fueron interpretados como proveedores de soporte empírico para la hipótesis de reducción de tensión en el consumo de alcohol: el alcohol reduce la tensión y los organismos lo ingieren para reducir su tensión. Como veremos posteriormente, esta hipótesis sirvió como un motivador para la investigación subsecuente en humanos.

Reacciones contra los Acercamientos Tradicionales. Durante los años de 1960 empezaron a ocurrir mayores cambios en la investigación de alcohol y alcoholismo. Cuando las primeras investigaciones se habían involucrado mucho en administrar pruebas psicológicas a alcohólicos en un intento por identificar sus características de personalidad únicas, el nuevo género de investigadores enfatizaba en técnicas experimentales para identificar la motivación de las personas a beber. Los cambios que se empezaron a dar durante 1960 fueron apoyados por el Instituto Nacional en el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, establecido a principios de 1970. La investigación se incrementó rápidamente (Cox y Thornton, 1986), y los resultados de las investigaciones causaron una gran insatisfacción con las explicaciones tradicionales sobre alcoholismo.

La Teoría del Poder. Uno de los primeros programas de investigación que se llevaron a cabo fue el de David McClelland y sus colaboradores en Harvard. El objetivo de esta investigación era identificar las motivaciones fundamentales por las cuales las personas beben alcohol. Para ello, los investigadores utilizaron algunos procedimientos: análisis de cruzamiento-cultural de historia, observaciones naturalísticas de la conducta de beber, y experimentos de laboratorio para identificar las necesidades que el bebedor satisface. Los mayores hallazgos de esta investigación están resumidos en un libro, "El

hombre bebedor: Una Teoría de la Motivación Humana" (McClelland, Davis, Kalin y Wanner, 1972). Como el título del libro lo sugiere, sólo los sujetos varones fueron probados en este programa de investigación, pero como el subtítulo sugiere, el grupo de McClelland sintió que sus hallazgos son aplicables tanto para hombres como para mujeres (i.e., motivación humana).

El grupo de McClelland, como sus predecesores, observaron que los bebedores varones que ingieren alcohol en exceso comúnmente son independientes y agresivos. Sin embargo, no interpretaron esta observación como significado que estas características de personalidad de los bebedores excesivos reflejan contra dependencia, esto es, reacciones contra el inconsciente, necesidades inaceptables de ser querido y cuidado. En su lugar, consideraron que la independencia de los bebedores varones reflejaba su necesidad de poder. El grupo de McClelland creía que los bebedores excesivos tenían una necesidad de sentirse poderosos por haber sido socializados para creer que deben serlo y que beber alcohol es una actividad que les ayuda a satisfacer esta necesidad.

La hipótesis de McClelland de que beber alcohol satisface las necesidades de poder fue desarrollada en parte analizando las fantasías de los bebedores sociales varones, obtenidas de la prueba de la Apreciación Temática, antes y después de que bebieran alcohol en una fiesta. El efecto primario del alcohol fue el incremento de las fantasías de los sujetos de ser poderosos. Después de beber, se imaginaban estar en posiciones de poder y de controlar a otras personas, pero la naturaleza de su efecto dependía de la cantidad de alcohol ingerido. Cuando el alcohol era consumido en pequeñas cantidades, había fantasías de poder social, o un control altruista sobre las personas como estar en una posición de enseñanza o ayuda. Cuando el alcohol era consumido en grandes cantidades, las fantasías sobre el poder personalizado se incrementaban. Por otra parte, no había evidencia de que el alcohol afectara pensamientos de ansia o pensamientos de dependencia.

Teoría de la Naturaleza Femenina. Wilsnack (1974) vio que los hallazgos de McClelland con varones eran, de hecho, aplicables a las mujeres -esto es, que las mujeres tenían necesidades de poder que el alcohol les permitía satisfacer. La metodología de Wilsnack era similar a la de McClelland. Durante una fiesta controlada, se midió las fantasías de las mujeres antes y después de beber alcohol con la prueba de Apreciación. Wilsnack no encontró evidencia de que las fantasías de las mujeres incrementaran después de beber alcohol. En cambio, después de beber, disminuyó la frecuencia sobre las fantasías

femeninas de participar en actividades masculinas, e incrementó la frecuencia de sus fantasías sobre hacer actividades tradicionalmente femeninas. Wilsnack concluyó que cuando una mujer ingiere alcohol se siente más femenina.

Los resultados de las investigaciones hechas por McClelland y Wilsnack, en general sugieren que, tanto los hombres como las mujeres desarrollan problemas de rol sexual y que utilizan el alcohol para experimentar los roles de cada sexo tradicionales que son consistentes con las expectativas sociales, y que de otra forma no podrían experimentar a menos que beban alcohol (Benson y Wilsnack, 1983).

Recientes Hallazgos Psicodinámicos. La conceptualización básica del abuso de alcohol es comúnmente establecida por psicoanalistas, no ha cambiado dramáticamente del punto de vista psicoanalítico clásico (Adams, 1978, p. 25). Sin embargo, ha habido cambio en los conceptos. Por ejemplo, hay un énfasis en el funcionamiento del ego de los alcohólicos (y otros abusadores de drogas) que no se había visto. Daños en el auto-cuidado hacen que los individuos puedan anticipar, medir y ver las consecuencias de una conducta riesgosa y auto-dañina, pero particularmente en relación a las consecuencias de su involucramiento con el alcohol. Otra área en que se daña el ego de los alcohólicos tiene que ver con problemas para reconocer, regular y evaluar los estados de sentimiento al punto que cuando hay condiciones que afectan a los sentimientos, el alcohol se ve como la forma de resolver los dilemas (Khanyzian, 1981, p. 168).

También se hace énfasis en los conflictos narcisistas que los alcohólicos y otros abusadores de drogas experimentan. Los conflictos narcisistas son conflictos sobre auto-estima y auto-reconocimiento, sobre el poder y el querer ser uno mismo. Significan los deseos de sobrevaluación masiva de uno mismo, el inevitable desilucionamiento, los consecuentes sentimientos negativos (venganza, vergüenza, envidia, soledad) y las primitivas defensas contra esos sentimientos. Por lo que envuelve conflictos sobre límites, limitaciones y fronteras (Wurmser, 1978, p. 117).

La "crisis Narcisista" es obviamente el punto de partida donde los conflictos más internos sobre la autoestima y el poder se mueven. Esta movilización ocurre durante la primera adolescencia, rara vez ocurre antes, y no muy seguido. La reincidencia de la abstinencia al uso de drogas otra vez está marcado por esta crisis. La mayoría de las veces esta crisis es el punto en el

tiempo donde los conflictos y defectos convergen en situaciones particulares externas y con la posibilidad de que la solución puede ser la droga... En esta crisis narcisista es donde la investigación adictiva comienza (Wurmser, 1978, pp. 113-114).

Finalmente, las formas de tratamiento son alternativas a las clásicas adoptadas por el psicoanálisis.

El individuo que sufre de un desorden narcisista se caracteriza por una batalla de resistencia entre su carácter y su personalidad (defensas) que son virtualmente impenetrables, por ello hacen al individuo inalterable a los métodos usuales de la intervención psicoanalítica para poder realizar el cambio de personalidad y carácter... El uso de técnicas psicoanalíticas especializadas que toman en cuenta el uso del esfuerzo del paciente y del analista (transferencia) tanto como el objeto hacia quien se esfuerza, y que están específicamente relacionados con el análisis sistemático de las resistencias principales de acuerdo a cómo se relacionan en la transferencia, que va a resolver aquellas resistencias del individuo y accederá a un acercamiento psicoanalítico mas orientado resultando en su cura y mejoramiento (Adams, 1978, pp. 308-309).

INVESTIGACION EMPIRICA

La manera como la investigación sobre la forma en que la personalidad se correlaciona con los problemas de alcohol ha cambiado durante los últimos 50 años. Primero, mientras que el punto principal de investigación fue caracterizar la "personalidad alcohólica" entre personas clínicamente diagnosticadas como alcohólicas, la personalidad alcohólica ya no es un concepto viable (Cox, 1983). Segundo, ahora el abuso del alcohol no está demarcado como un uso de alcohol previo, y los factores de personalidad en el uso de alcohol se consideran válidos para entender aquellos envueltos en el abuso de alcohol. De igual forma, los factores de personalidad en el uso y abuso de alcohol han sido relacionados a una variedad de conductas adictivas, incluyendo adicción a varias drogas psicoactivas y otras que no son drogas y actividades (Cox, 1985). Tercero, los problemas de alcohol no se atribuyen más a una causa única (e.g., "demonio del alcohol", "personalidad alcohólica", "la enfermedad" del alcoholismo). En su lugar, hay diversas variables: biológicas, psicológicas (además de la personalidad) y socioculturales, que se ven interactuando una con otra para desarrollar los problemas del alcohol. Se han desarrollado

algunas teorías para explicar cómo suceden estas interacciones (Blane y Chafetz, 1979; Zucher y Noll, 1982), e investigaciones multidisciplinarias para entender los problemas de alcohol que han sido tópicos de varios libros (Chaudron y Wilkinson, en edición; Cox, en edición; Galizio y Maisto, 1985).

Han sido usadas pruebas de personalidad para identificar los factores de personalidad envueltos en los problemas de alcohol. Los defensores de las investigaciones psicodinámicas han usado pruebas proyectivas (la prueba de Rorschach Inkblot, la prueba de Apreciación Temática, la prueba de Dibujo de Frank) para medir necesidades e impulsos inconscientes. Más recientemente, otros aspectos de la fantasía de los sujetos han sido ejemplificados con pruebas del pensamiento y la imaginación, estudiando los procesos intrapsíquicos asociados con el uso del alcohol (Cuestionario de la ejemplificación y el pensamiento, Klinger y Cox, 1986; Cuestionario del proceso imaginario, Segal, Huba y Singer, 1980). Además, los investigadores que buscan la diferencia entre las características de personalidad de los alcohólicos y no alcohólicos han hecho pruebas unidimensionales (listas de adjetivos, escalas e inventarios) para medir características únicas de la personalidad y pruebas multidimensionales (comúnmente inventarios de personalidad) para proveer descripciones comprensivas de la personalidad de los sujetos. Sin embargo, el Inventario de Personalidad Multifásica de Minnesota (MMPI- Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ha sido el instrumento más comúnmente usado para la búsqueda multidimensional de la personalidad (Barnes, 1983; Cox, 1979).

La investigación empírica se organiza en base a tres temas principales que han concernido a los investigadores de los factores de la personalidad en el uso y abuso de alcohol. El primer tema se refiere a los precursores de la personalidad del uso y abuso de alcohol. Esto es, que los investigadores han intentado determinar si las personas que beberán en el futuro y que desarrollarán problemas con el alcohol tienen características de personalidad que los distinguen de los demás individuos y si es cierto, si estas características distintivas ayudan a que en un futuro abusen del alcohol. El segundo tema es si los alcohólicos diagnosticados tienen características de personalidad que los distinguen de los individuos no alcohólicos. El identificar la correlación de la personalidad con el alcoholismo no solo tiene implicaciones teóricas para entender la etiología del alcoholismo, sino también implicaciones prácticas en el tratamiento de alcohólicos. El tercer tema es identificar los efectos

inmediatos y a largo plazo del alcohol en la personalidad, mientras la persona está bajo los efectos del alcohol y en un estado sobrio. Identificar los cambios producidos en la personalidad por el alcohol ayuda, por supuesto, a entender los motivos de las personas para usar el alcohol.

Precursores de la Personalidad en los Problemas con el Alcohol. Los puntos de vista teóricos descritos ven a los alcohólicos y otros bebedores problema como quien tiene características en la personalidad que los distinguen de bebedores no-problema, siendo esto hasta antes de los problemas con la bebida. Por ejemplo, el punto de vista psicoanalítico de los alcohólicos los ve como que han tenido características de la personalidad oral de la infancia que les llevan al alcoholismo u otros desórdenes que incluyen dependencia psicológica. De igual forma, la mayor reacción contra la teoría psicoanalítica, la teoría del poder de McClelland y cols. (1972) y la teoría de la naturaleza femenina de Wilsnack, asumen que los alcohólicos y otros bebedores frecuentes llenen sus necesidades de acuerdo a sus roles sexuales mediante el alcohol. A continuación discutiremos 1) los métodos que se han usado para evaluar si los bebedores problema tienen características de personalidad distintas antes del comienzo de sus problemas con el alcohol, y 2) la información sobre los precursores de la personalidad de los problemas de alcohol que se han juntado con estos métodos.

Métodos de Estudio. Es muy difícil estudiar los precursores de la personalidad de los problemas de alcohol. Cada método tiene limitaciones metodológicas y prácticas.

La información más válida de los precursores de la personalidad de los problemas con el alcohol viene de estudios prospectivos longitudinales. Un estudio será prospectivo si prueba a sujetos que se espera desarrollen problemas con el alcohol en algún punto de su vida futura, y será longitudinal si los siguió durante un largo período de tiempo. Para poder demostrar claramente si la personalidad es un precursor del alcoholismo, será necesario seguir a los sujetos desde un punto temprano en sus vidas hasta que algunos sujetos se conviertan en alcohólicos. Este tipo de estudios son generalmente muy costosos y tardados. Sin embargo, hay algunos que reportan resultados después de períodos de tiempo relativamente cortos (más de cinco años). Por lo regular, estos estudios siguen a los adolescentes desde antes de que empiecen a usar el alcohol (en secundaria o preparatoria) hasta que algunos sujetos han desarrollado problemas con la bebida.

La metodología longitudinal también se considera válida para probar a personas que están en riesgo de desarrollar problemas con el alcohol, aunque no puedan ser seguidos durante largos periodos de tiempo. Los sujetos de alto riesgo incluyen: 1) ser hijos biológicos de alcohólicos varones -que tienen cuatro veces más probabilidades de convertirse en alcohólicos que una persona de la población general- (Knop, Goodwin, Teasdale, Milkelsen y Schulsinger, 1984), y 2) tener características de personalidad como las de los alcohólicos (Sher y Levneson, 1982). Los beneficios de los estudios de alto riesgo son inevitables porque nos permiten identificar, tanto los precursores del alcoholismo (sujetos de alto riesgo que se convirtieron en alcohólicos) como los factores que protegen a la gente de volverse alcohólicos (sujetos de alto riesgo que no se convirtieron en alcohólicos). Sin embargo, debido a las dificultades de estudiar a los sujetos con este método, se han creado otros métodos alternativos, metodológicos y menos deseables.

La metodología de Archivo (Cox, Lun y Loper, 1983) ayuda a identificar los precursores de la personalidad del alcoholismo. Este estudio utiliza fuentes de información de las características de personalidad de alcohólicos que se graduaron antes de convertirse en alcohólicos y sin que se les hubiera identificado como futuros alcohólicos potenciales. Cuando esta información junta más de un punto de la vida del alcohólico, la metodología se le conoce como longitudinal de archivo. Una desventaja de este método es, por ejemplo, que los datos archivados de los alcohólicos han sido algo restringidos. Otra desventaja es que los datos por sí solos han sido limitados, frecuentemente no incluyen medidas estandarizadas de la personalidad y ninguna información sobre la conducta bebedora.

La metodología retrospectiva provee otra alternativa para identificar los precursores de la personalidad del alcoholismo. Por ejemplo, los casos clínicos sobre alcohólicos que se estudian tienen información sobre sus características de personalidad previas a las que se ha llamado retrospectivas. En otros estudios retrospectivos, se le ha pedido a los alcohólicos que digan cómo era su personalidad antes de ser alcohólicos y/o que indiquen experiencias significativas en su vida que puedan estar relacionadas con el desarrollo de sus problemas de alcoholismo. La mayor dificultad con la metodología retrospectiva, por supuesto, es que es altamente subjetiva y sujeta a distorsiones de la memoria de los estudiantes.

Hallazgos de la Investigación.

Estudios Prospectivos. En este tipo de estudios, los adolescentes típicos son entrevistados anualmente, algunos de los cuestionarios proveen información sobre las características de su personalidad. Algunas características de personalidad han sido encontradas muy consistentemente en varios estudios entre adolescentes quienes desarrollan después problemas con el alcohol: independencia, agresividad, inconformidad, inconformidad con los valores sociales, conducta antisocial, impulsividad e hiperactividad (Jessor, 1983; Jessor y Jessor, 1977, 1978; Kandel, 1978, 1980; Wingard, Huba y Ventler, 1980; Zucker, 1979; Zucker y Noll, 1982). Por otra parte, fue raro encontrar características negativas de personalidad como ansiedad, depresión y baja auto estima precediendo a los problemas de alcoholismo. En contraste con los adolescentes que desarrollaron problemas con el alcohol, aquellos que abusaron "fuerte" de las drogas ilegales, sí mostraron varias indicaciones psicopatológicas antes de que su uso de drogas se iniciara (Huba y Bentler, 1982; Wingard, Huba y Bentler, 1980).

En resumen, las características de personalidad mostradas por adolescentes que desarrollaron problemas con el alcohol sugieren que tienen menos interés que el resto de los adolescentes por alcanzar metas que generalmente son valoradas en nuestra sociedad. En su lugar, buscan reforzamientos positivos inmediatos, incentivos que se puedan obtener rápido y actúan impulsivamente para adquirirlos. Ingerir alcohol es uno de esos incentivos que les brinda reforzamiento inmediato. Sin embargo, el consumo frecuente de alcohol lleva eventualmente a consecuencias adversas y negativas que no permiten alcanzar aquel reforzador positivo que fue el incitador en su vida de bebedor problema.

Estudios de Archivo. Los datos de archivo disponibles en Minnesota dieron una oportunidad inusual de comparar personas que sí y no se convirtieron en alcohólicos en su vida posterior mediante un inventario estandarizado de personalidad, el Inventario de Personalidad Multifásico Minnesota (MMPI). Estos datos estaban disponibles porque el MMPI se había administrado continuamente a alumnos de secundaria de la Universidad de Minnesota de 1947 a 1961. Eventualmente, algunas de las personas que contestaron el MMPI siendo estudiantes de secundaria, desarrollaron problemas con el alcohol y buscaron tratamiento. Loper, Kammeier y Hoffman (1973), revisaron los expedientes de los pacientes e identificaron a 38 pacientes que habían sido

estudiantes de la Universidad. En promedio, estos pacientes contestaron el MMPI cuando tenían 13 años o menos. Comparando estos archivos con los de otros estudiantes que no se habían convertido en alcohólicos, Loper, Kammeier y Hoffamn (1973) encontraron que los prealcohólicos puntuaban significativamente más alto que el resto de los estudiantes en las escalas estándar del MMPI y en la Escala de Alcoholismo McAndrew (MAC) y en otras escalas específicamente diseñadas para identificar las características de personalidad alcohólica. Estas diferencias sugerían a los investigadores que los pre-alcohólicos eran más impulsivos e inconformes que el resto de sus compañeros, a pesar de que no se adaptaban menos que los demás.

Los hallazgos de los estudios con el Minnesota apoyados por otros estudios de archivo de Cox, Lun y Loper (1983), indican que los hombres que posteriormente se convirtieron en alcohólicos eran inconformes, rebeldes, independientes, agresivos, impulsivos y sin control, aún antes de que sus problemas con el alcohol se desarrollaran. A pesar de que los datos de archivo indicaban que habían precursores de la personalidad del alcoholismo, las características de personalidad exhibidas por los hombres pre-alcohólicos no pueden ser vistas como patológicas ni necesariamente indeseables.

Por el contrario, los estudios longitudinales archivados en los que se incluye a ambos sexos (Jones, 1968, 1971), reportaron diferencias notables entre hombres y mujeres que posteriormente desarrollaron problemas con el alcohol. Durante la preparatoria, los hombres que posteriormente se convirtieron en bebedores problema eran extrovertidos, rebeldes y típicamente masculinos. Mientras que las mujeres eran pesimistas, apartadas, retraídas, y menos independientes y auto satisfechas que las futuras bebedoras moderadas. Similarmente, otros estudios con diagnóstico psiquiátrico de pacientes antes de ser alcohólicos, han encontrado una alta incidencia de psicopatía entre los futuros alcohólicos masculinos y una alta incidencia de desórdenes afectivos entre las futuras alcohólicas femeninas (Benson y Wilsnack, 1983).

Estudios Retrospectivos. Los estudios retrospectivos de las características de personalidad de prealcohólicos varones algunas veces han comprobado los hallazgos de los estudios archivados. Esto es, los alcohólicos varones han dicho ellos mismos haber sido impulsivos, hiperactivos, agresivos, masculinos y antisociales antes de su abuso de alcohol (Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze y Winokur, 1975; Tarter McBride Buonpane y Schneider, 1977). Sin embargo, otros estudios han encontrado que, tanto los alcohólicos masculinos

como femeninos han reportado altos rangos de violencia en su vida temprana. La ausencia de padres o su poca disponibilidad es frecuente, la cual incluye pérdida de uno o ambos padres por muerte, divorcio o separación y problemas psiquiátricos, como psicosis o alcoholismo en padres o parientes cercanos. A pesar de que, tanto los hombres como las mujeres alcohólicos reportan ruptura familiar temprana por arriba de la población general, las mujeres alcohólicas han experimentado aún más estas experiencias que los varones alcohólicos (Benson y Wilsnack, 1983, p. 57).

En suma, los alcohólicos asocian los estresores en la vida temprana con crisis psicológicas específicas con el principio de los problemas de la bebida. Estos reportes son más comunes entre mujeres que hombres alcohólicos e incluyen otros tipos de problemas como abortos, el nacimiento de un niño no deseado, problemas de salud, divorcio, salida de los hijos de la casa, menopausia, y la muerte de algún familiar (Benson y Wilsnack, 1983).

Es difícil saber exactamente cómo interpretar los auto reportes retrospectivos de los alcohólicos. Es completamente posible que las crisis de los alcohólicos que han experimentado en la vida, representen sus intentos por racionalizar sus problemas con el alcohol. Estos problemas (especialmente problemas de alcohol entre mujeres) están aún mucho más estigmatizados en nuestra sociedad, y es posible que los alcohólicos intenten absolverse a sí mismos de la responsabilidad de sus problemas. Al mismo tiempo, también es posible que las diferentes frecuencias en que las mujeres y los hombres alcohólicos experimenten crisis en su vida reflejen correctamente los diferentes subtipos de alcoholismo con diferentes etiologías. Un subtipo, en que las dificultades de la personalidad precede el desarrollo de los problemas de alcohol, puede ocurrir más frecuentemente entre mujeres. Otro subtipo, en que las dificultades de personalidad siguen el comienzo de los problemas de alcohol, puede ocurrir más frecuentemente entre hombres.

CORRELACION ENTRE PERSONALIDAD Y EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL

En esta sección discutiremos las características de personalidad que se han encontrado para distinguir a las personas que abusan del alcohol de aquellas que no lo hacen. Como hemos visto, algunas de estas características parecen ser antecedentes de problemas de alcoholismo y de haber contribuido a su

desarrollo, mientras que otras parecen ser la consecuencia del abuso del uso de alcohol.

Métodos de Estudio

En un tiempo, las clínicas describían las características de personalidad de sus pacientes alcohólicos a través de los estudios clínicos, sus publicaciones frecuentemente incluían resultados de pruebas proyectivas. En ese tiempo, el énfasis era identificar las necesidades intrapsíquicas de los alcohólicos y los motivos por los que bebían para llenar esas necesidades.

Más tarde, se desarrollaron tratamientos y programas para atender a los pacientes alcohólicos, en los cuales lo usual era aplicar una prueba de personalidad a un grupo de pacientes alcohólicos y luego compararlo con un grupo de personas no alcohólicas. Este método es el que ha predominado, y las características de personalidad de los alcohólicos descritas en esta sección se obtuvieron de esta manera.

Los alcohólicos en tratamiento proporcionan un rápido y accesible ejemplo para el estudio de las características de personalidad de los alcohólicos. Sin embargo, hay varios puntos que deben tenerse en cuenta cuando se hagan inferencias de estos ejemplos (Cox, 1983; Lang, 1983; Nathan y Lansky, 1978; Phil y Spiers, 1978). *Primero*, los tratamientos para alcohólicos han sido largamente restringidos a varones de bajo nivel socioeconómico, y estos ejemplos no pueden representar a los alcohólicos en general. Hay que tomar en cuenta que por costumbre no se representaba a las mujeres. Cuando las pacientes femeninas empezaron a ser encuestadas, los puntajes de sus pruebas muchas veces eran medidos con los mismos parámetros con que medían a los hombres, y se asumía que los resultados podían generalizarse (Benson y Wilsnack, 1983). *Segundo*, aún cuando se separaban los ejemplos de hombres y mujeres, había varios subtipos de personalidad alcohólica que se obscurecían al ser medidos con los puntajes de la prueba en general (Jackson, 1983). *Tercero*, los estudios sobre alcohólicos en tratamiento (como los pre-alcohólicos) casi no se han dirigido a medir la conducta de beber. De hecho, no ha sido posible establecer tipologías de patrones de bebedores que puedan estar relacionadas con características de personalidad (Cox, Lun y Loper, 1983). A pesar de estas deficiencias, las características de personalidad aquí descritas han sido observadas tan frecuentemente que pueden ser aplicadas a la mayoría de los hombres alcohólicos.

Inconformidad, Impulsividad y Búsqueda de Recompensas. Como indicamos antes, los pre-alcohólicos se distinguen de otros individuos por su transgresión a las normas sociales y su tendencia a actuar impulsivamente, y a la necesidad de recibir respuesta inmediata a sus impulsos. Estas mismas características de personalidad se encuentran en los alcohólicos en tratamiento. Los resultados psicométricos de estos hallazgos han sido ajustados, sobre todo con el MMPI y la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (Zuckerman, 1979).

El rasgo más común encontrado entre los alcohólicos que fueron medidos con el MMPI, fue su alto puntaje en la Escala 4 (Desviaciones Psicopáticas). De hecho, este alto puntaje en la Escala 4 fue reportado por primera vez hace 43 años (Hewitt, 1943), y subsecuentemente fue reportado entre alcohólicos con una gran variedad de características socio demográficas y con diversos antecedentes familiares (Owen y Butcher, 1979; Patterson, Charles, Wooward, Roberts y Penk, 1981; Uccher, Boutilier y Richardson, 1980).

Los alcohólicos que obtienen un alto puntaje en la Escala 4 no son vistos como gente con problemas psicopatológicos, en lugar de eso, se les interpreta como un reflejo de su rebeldía y desagrado para aceptar las costumbres sociales, así como su impulsividad, falta de tolerancia ante la frustración y su incapacidad para aprender de las experiencias. El alto puntaje de los alcohólicos en la Escala 4, también refleja su dificultad para relacionarse con otras personas. Más aún, muchas veces estas personas presentan un desajuste social (debido a la falta de interés en las reglas sociales), generalmente tienen dificultad para lograr y mantener una relación duradera con otras personas. Más específicamente, obtener un alto puntaje en la Escala 4 significa un desajuste social y ausencia de experiencias placenteras, las cuales incluyen quejas en contra de la familia, sentimientos de haber sido victimado, de rechazo de su grupo y de ser aburrido. Estos sujetos se caracterizan por irritarse sin motivo. Son incapaces de hacer planes a futuro, son indiferentes a las consecuencias de sus actos, y ser impredecibles también es un rasgo que los caracteriza. Usualmente, sus relaciones sociales son pasajeras, al principio pueden dar una buena impresión de sí mismos pero a la larga recaen en sus cambios de estado de ánimo... La alta puntuación en la Escala 4 está asociada con la falta de habilidad para aprender de sus experiencias pasadas (Carson, 1969 pp. 287-288).

A pesar de la frecuencia con que los alcohólicos caen en la Escala 4 del MMPI, ni ésta ni ninguna otra escala fue desarrollada específicamente para medir las características de personalidad de los alcohólicos. En la Escala 4 hay otras categorías de diagnóstico además de las de los alcohólicos. Por esta razón, McAndrew (1965) desarrolló una escala derivada del MMPI especialmente para identificar a los alcohólicos (una que pudiera medir las características de personalidad distintivas de los alcohólicos aparte de su desajuste psicológico). Después de aplicar el MMPI a pacientes alcohólicos y no alcohólicos, McAndrew identificó 49 rasgos (dos rasgos pertenecen exclusivamente al uso de alcohol) ante los cuales los dos grupos respondieron diferente. Este conjunto de rasgos ha sido conocido como la Escala de Alcoholismo McAndrew (MAC). La mayoría de los alcohólicos varones obtuvieron un puntaje más alto en esta Escala (cerca del 85%), y a este grupo McAndrew lo llamó alcohólicos primarios. Su personalidad se caracteriza por la Búsqueda de Recompensas. Estos sujetos son intrépidos y agresivos y usan el alcohol activa e impulsivamente.

A pesar de su alta precisión la MAC tiene un margen de error del 15% en el que predice a no alcohólicos como alcohólicos (falso-positivos) y otro 15% en el que predice alcohólicos como no alcohólicos (falso-negativos). Así, algunos de los sujetos que no son alcohólicos tienen características de personalidad que aparecen en los alcohólicos y viceversa. Por lo tanto, sería un error usar la Escala de McAndrew para obtener un diagnóstico sobre alcoholismo (Benson y Wilsnak, 1983).

Además de su Escala de Alcoholismo, McAndrew (1979, 1980) aisló un conjunto de 18 reactivos del MMPI los cuales miden las características de personalidad de aproximadamente el 15% de alcohólicos que no son identificados con la Escala de Alcoholismo McAndrew. McAndrew describe a estos alcohólicos que obtuvieron una alta puntuación en estos reactivos como *alcohólicos secundarios*. Este grupo se caracteriza por evitar ser castigados, por ser miedosos y usar el alcohol para aliviar sus tensiones y depresiones.

La Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (1979) no se ha usado tanto como el MMPI para evaluar alcohólicos, pero hay hallazgos considerables en combinación con el MMPI respecto a alcohólicos y búsqueda de recompensas.

Tanto los bebedores problema jóvenes como los adultos obtuvieron una alta puntuación en la Escala de Zuckerman, los dos grupos de edades mostraron diferentes patrones de Búsqueda de Sensaciones (Zuckerman, 1979). Los jóvenes que bebían más, obtuvieron una alta puntuación en la Subescala de Desinhibición, esto indicó que estos sujetos disfrutaban mucho de la diversión y la excitación y que su conducta tiende a ser poco convencional o incluso ilegal. Por otro lado, los alcohólicos adultos obtuvieron un puntaje más alto en la Subescala de Susceptibilidad al Aburrimiento. Estos sujetos buscan experiencias excitantes e impredecibles y tienden a ser apáticos cuando las cosas son aburridas, poco interesantes o monótonas.

Las puntuaciones altas de los alcohólicos en las Escalas Pd y McAndrew (MAC) del MMPI y de la Escala de Zuckerman indica que estos sujetos tienen una actitud poco convencional hacia el mundo, también muestran una búsqueda de excitación impulsiva y otras recompensas. La inadaptabilidad, impulsividad y búsqueda de recompensas que caracterizan a los alcohólicos pueden aparecer aún antes de empezar a abusar del alcohol. Las características de personalidad medidas por estas escalas parecen ser un rasgo permanente de la personalidad alcohólica, desde que los alcohólicos mantienen sus puntuaciones altas incluso después de terminado su tratamiento.

Afecto Negativo y Baja Autoestima

Es común que los alcohólicos tengan un fuerte afecto negativo del tratamiento, el cual se correlaciona positivamente con el grado de su dependencia al alcohol (Skinner y Allen, 1982). De hecho, es muy común que a un alcohólico se le diagnostiquen desórdenes de depresión y ansiedad además de alcoholismo (Bowen, Cipywnyk, D'Arely y Keegan, 1984; Schuckit, 1979).

Además de su alta puntuación en la Escala 4 del MMPI, los alcohólicos mostraron un alto puntaje en la Escala 2 (Depresión) y en la Escala 7 (Psicastenia). La Escala 2 mide preocupación, autoestima, inestabilidad, desaliento y el aspecto externo general. La escala 2... es altamente sensible a los cambios de estado de ánimo... En general es el mejor y más eficiente índice de inmediata satisfacción, confort y seguridad; dice cómo se evalúa a sí mismo el sujeto y cuál es su papel en el mundo (Carson, 1969 pp.285). La Escala 7 mide síntomas de ansiedad, miedos irracionales y autodevaluación. Esta Escala mide ansiedad en general. Los sujetos que tienen una alta puntuación aquí tienden a ser obsesivamente preocupados, tensos, indecisos e incapaces de concentrarse (Carson, 1969 pp.292).

Los afectos negativos de los alcohólicos que se reflejan en las Escalas 2 y 7 del MMPI también han sido medidos por otros test, incluyendo escalas e inventarios de humor e inventarios de personalidad múltiple aparte del MMPI. Por ejemplo, en el Inventario de Personalidad y Cuestionario de Personalidad de Eysenck, los alcohólicos marcan constantemente un puntaje más alto que aquellos que no son alcohólicos (Cox, 1985). Las calificaciones altas de los alcohólicos en estas escalas refleja su tensión y preocupación emocional general.

A pesar de la intensidad de los afectos negativos del alcohol cuando los sujetos están en tratamiento y en estado de abstinencia, su depresión y ansiedad se atenúan considerablemente. Los afectos negativos del alcohol que aparecen cuando entran en tratamiento son una consecuencia más de un precursor de beber en exceso. Cuando sus problemas con el alcohol no son lo suficientemente severos como para diagnosticarlos como alcohólicos típicos, entonces no se muestran tan depresivos ni tan ansiosos (Midanik, 1983).

Así, se espera que aquellos alcohólicos que se sienten ansiosos y depresivos también se sientan negativos, pesimistas y tengan una baja autoestima. Para medir la autoestima de los alcohólicos se les han administrado una variedad de pruebas, escalas e inventarios. Dos de estos instrumentos son la Escala de Fuerza del Ego de Baron, una escala derivada del MMPI, y la Escala de Autoconcepto Tennessee la cual tiene cinco aspectos diferentes de autoconcepto.

El uso de estos instrumentos ha llevado a los investigadores a considerar que los alcohólicos tienen una baja autoestima, la cual se manifiesta frecuentemente como una discrepancia entre la manera en la cual se ven ellos mismos (el yo) y la forma en que les gustaría verse (el yo ideal). Estos sentimientos parecen ser más frecuentes entre las mujeres que consumen alcohol (Benson y Wilsnack, 1983).

Hay dos aspectos que sugieren que los sentimientos de baja autoestima, como depresión y ansiedad, son consecuencia más que antecedentes de los problemas de alcohol. *Primero*, los sentimientos de baja autoestima que se encuentran entre los alcohólicos no se encuentran en los pre-alcohólicos o aquellos en fases tempranas de abuso de alcohol. *Segundo*, las estrategias terapéuticas para incrementar los sentimientos de autoestima y autoconfianza se llevan al mismo

tiempo que la terapia para atender sus problemas de alcohol (Cooper, 1983; Curry y Marlatt, 1986).

Estilo de Percepción-Cognitiva. Es la manera en que la gente ve y percibe el mundo que le rodea. Hay tres dimensiones por las cuales el estilo de percepción cognitiva de los alcohólicos ha sido estudiada: 1) Modulación de la intensidad de los estímulos; 2) Campo de dependencia-independencia; y 3) Locus de control. En las tres dimensiones, los alcohólicos difieren en sus resultados de los no alcohólicos.

Los trabajos sobre intensidad de los estímulos y consumo de alcohol aclaran algunos puntos sobre las razones por las que el alcohol sirve como reforzador para estas personas que desarrollan problemas por su consumo de alcohol más que para otras personas. Recientemente, otras líneas de investigación se han dedicado a obtener más información sobre el alcoholismo y descubrieron que éste es especialmente motivante para aquellos que desarrollan problemas con el alcohol (Sher, cap.7; Sher y Levenson, 1982).

Trabajando con la premisa de que la manera en que la gente percibe su mundo depende de sus características de personalidad básicas, Witkin y sus colaboradores (Witkin, Lewis, Hertzman, Machover, Meissner y Wapner, 1954; Witkin, Dyk, Fateron, Goodenough y Karp, 1962) estudiaron las relaciones entre los procesos de percepción y la personalidad. El grupo de Witkin, incluso, inventó pruebas para medir estas relaciones.

Witkin y cols. (1954) describieron el Campo de Dependencia Independencia como una dimensión básica a través de la cual la gente percibe el mundo a su alrededor. Witkin dice que las relaciones de la gente con su campo de dependencia dependen de los demás y están predispuestos a desarrollar desórdenes psicológicos (tales como alcoholismo) e incluyen necesidades exageradas de dependencia.

De acuerdo con esta hipótesis Witkin, Karp y Goodenough (1959), descubrieron que los alcohólicos se encuentran en el campo de *dependencia*. Estos descubrimientos se han repetido muchas veces; de hecho, se ha encontrado que los alcohólicos tienen dependencia extrema (Goldstein, 1976; Sugerman, 1976).

Locus de Control. Se refiere a la percepción de la gente sobre el origen del control de su vida. El locus de control ha sido usualmente medido por la Escala

de Locus de Control Interno-Externo (I-E) de Rotter (1966). Así, esta escala mide el locus de control interno, que es cuando la gente sabe que son ellos mismos los que tienen control sobre sus actos y su vida en general, y el locus de control externo, que es cuando la gente cree que el control de su vida lo maneja la suerte, otra gente u otra fuerza que se encuentra fuera de su alcance. La mayoría de estos estudios han usado la Escala de Rotter, aunque también se han usado otras escalas (ver Rohsenow, 1983a).

Dado que los alcohólicos son incapaces de controlar su consumo de alcohol u otros aspectos de su vida, se podría decir que tienen locus de control externo. De hecho, los estudios en que se ha comparado a grupos de alcohólicos y no alcohólicos muestran consistentemente que los alcohólicos tienen más fuerte su locus de control externo que los no alcohólicos (Rohsenow, 1983a; Wright y Obitz, 1984). Sin embargo, tanto los bebedores sociales como los alcohólicos varían mucho en su locus de control de acuerdo a las variables demográficas y patrones de consumo (Cox y Baker, 1982a, 1982b; Rose, Powel y Penick, 1978).

De lo anterior, parecería que los alcohólicos tienen un estilo de percepción cognitiva diferente de los no alcohólicos. Se ha mostrado que el rasgo distintivo en el estilo de percepción cognitiva de los alcohólicos es compartido por los pre-alcohólicos y aquellos que corren el riesgo de ser alcohólicos (Tarter y Alterman, en prensa).

Subtipos de personalidad Alcohólica. Se han encontrado diferentes grados y combinaciones de personalidad entre los alcohólicos. Usando un análisis estadístico multivariado, los investigadores han identificado varios subtipos de personalidad alcohólica (Knight, 1937; Levine y Zigler, 1973, 1981; Rudie y McGaughan, 1961).

La identificación empírica de los subtipos de personalidad alcohólica involucra la aplicación de técnicas de clasificación multivariada, incluyendo el MMPI, el Inventario de Personalidad Diferencial, la Forma de Investigación de Personalidad y el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad (Cox, 1979; Jackson, 1983; Morey y Blashfield, 1981; Nerviano y Gross, 1983; Skinner, 1982). De esta manera es como se han identificado varios subtipos de personalidad alcohólica y se han relacionado con las características demográficas, cognitivas, las prácticas del consumo de alcohol y las respuestas al tratamiento de los alcohólicos (Jackson, 1983; Nerviano y Gross, 1983). Sin

embargo, hay dos principales subtipos de personalidad que se han encontrado, cada uno con estilos distintivos de patrones de consumo y problemas relacionados con el alcohol (Morey y Blashfield, 1981; Skinner, 1982).

Estos dos subtipos incluyen: 1)alcohólicos psicopáticos, los cuales beben en exceso por lo que parece que carecen de control de sus impulsos, y 2) alcohólicos conflictivos y neuróticos, quienes parecen beber en exceso para disimular o encubrir sus conflictos.

Determinantes Motivacionales del Uso y Abuso de Alcohol

De acuerdo a la hipótesis de reducción de tensión, la principal razón por la cual los alcohólicos están motivados a beber alcohol se debe a la gran necesidad que tienen de reducir la tensión. Resumiremos brevemente las investigaciones con humanos, las cuales dan un soporte ambiguo a la hipótesis sobre la reducción de tensión e indican algunas razones alternativas sobre qué motiva a la gente a beber alcohol.

Métodos de Estudio

Las investigaciones sobre reducción de tensión con sujetos humanos se inició durante los años 1960s. El primer estudio fue dirigido por Diethelm y Barr (1962) y tuvo seguimiento de estudios de laboratorio hechos por Mayfield (e.g. ver Mayfield y Allen, 1967), Mello y Mendelson (e.g., Mendelson y Mello, 1966), y Nathan (e.g., Nathan, Titler, Lowenstein, Solomon y Rossi, 1970). En estos estudios, se usaron varios procedimientos para evaluar los efectos del alcohol sobre la tensión. Los procedimientos variaron de acuerdo a los sujetos que fueron encuestados, el método de administrar el alcohol, y el desarrollo de la sesión de entrevista.

Los primeros estudios evaluaron los efectos del alcohol en alcohólicos hospitalizados, violando así el dictamen establecido por el mal concepto de alcoholismo, el cual dice que aquella persona que ha sido diagnosticada como alcohólica no debe ingerir alcohol. Estudios subsecuentes, evaluaron a bebedores sociales así como alcohólicos. Se han usado varios métodos para administrar el alcohol. En los primeros estudios, el alcohol era administrado directamente en el torrente sanguíneo de los pacientes. En estudios subsecuentes, a los sujetos se les daba una bebida alcohólica para que la tomaran, y había varias formas en que esta bebida era administrada. En unos

casos, se les daba una sola bebida (una dosis fija de alcohol), mientras que en otros casos, se les daba varias dosis fijas de bebidas alcohólicas en intervalos de tiempo también fijos. En otros estudios se le pidió a los sujetos que realizaran exitosamente una tarea para poder recibir una bebida alcohólica. Aún en otros estudios, a los sujetos se les pidió tomar la bebida moderadamente. Las sesiones en que el paciente ingería alcohol incluían evaluaciones ingeniosas para medir los efectos desde una sola dosis de alcohol, y los efectos después de haber bebido a lo largo de varias semanas. Finalmente, mientras que el foco de atención era ver los cambios de humor como una función del consumo de alcohol, el consumo de alcohol como una función de un conjunto de características se estudió bastante bien.

Resultados de la Investigación

Los estudios en que se administró alcohol a los sujetos humanos no pudieron dar soporte uniforme a la hipótesis de la reducción de tensión (ver Cappell y Greeley, cap.2). La conclusión más general a la que se puede llegar de estos estudios es que el consumo inicial de alcohol tiende a tener reacciones afectivas positivas, pero el consumo repetido, especialmente si ocurre durante largos intervalos de tiempo, produce reacciones afectivas negativas. Sin embargo, las reacciones afectivas en particular que resultan de la dependencia al alcohol además de las variables independientes se han sumado recientemente (Adesso, 1985; Cox, 1985; Langenbucher y Nathan, 1983).

Una consideración importante es la cantidad de alcohol que se consume. En pequeñas cantidades (una o dos bebidas) el alcohol proporciona sentimientos positivos. Cuando se ingiere en grandes cantidades (tres o más bebidas) el alcohol puede conducir a sentimientos negativos. Una segunda consideración es que, si el nivel de alcohol en la sangre sube o baja, influye sobre los afectos de los bebedores. Es más probable que se experimenten emociones positivas cuando el nivel de alcohol en la sangre sube. Y que se experimenten emociones negativas si éste nivel baja. Otra consideración es la situación en la cual se consume alcohol. Por ejemplo, durante una fiesta, si la persona está a gusto, beber alcohol incrementa las emociones positivas. Por el contrario, cuando los sujetos se encuentran solos en un laboratorio experimental, beber alcohol los hace sentir peor. Un estudio (Konovsky y Wilsnack, 1982) en el cual se sirvieron bebidas alcohólicas tanto a hombres como a mujeres durante una fiesta, reveló que la mayoría de los hombres tuvieron un autoconcepto mayor al

final de la fiesta que cuando empezó, mientras que el autoconcepto de las mujeres bebedoras fue significativamente más negativo durante el curso de la fiesta.

Parece ser posible que hay diferencias en los efectos del alcohol en el autoconcepto debido a las diferentes actitudes que la sociedad impone acerca de los hombres y mujeres que ingieren alcohol. En nuestra sociedad se estimula a los hombres para que beban mucho y así realzar su masculinidad autoimaginada. Por otro lado, cuando una mujer bebe mucho es considerada como "poco femenina".

También es importante considerar como reacciona la gente al alcohol dependiendo de sus características de personalidad. De acuerdo a esto, Sher y Levenson (1982) encontraron , a estudiantes que tenían características de personalidad como las de un futuro alcohólico (desempleado, agresivo, impulsivo y antisocial) tenían reacciones afectivas más intensas que otros estudiantes. Específicamente, cuando los sujetos con estas características de personalidad, parecidas a las de los alcohólicos, se encontraban en una situación estresante, el alcohol incrementaba ese estrés aún más que en otros sujetos.

Para concluir, mientras que el alcohol puede reducir la tensión bajo ciertas circunstancias, también puede incrementar otras reacciones afectivas. Los afectos positivos y negativos se pueden realzar, disminuir o intensificar.

Un Modelo Motivacional y de Personalidad de Porqué la Gente Usa y Abusa del Alcohol.

De todo lo dicho anteriormente, se podría decir que los cambios afectivos juegan un papel crucial en la motivación de la gente sobre usar y abusar del alcohol. El alcohol puede aumentar los estados emocionales positivos bajo algunas circunstancias y contrarrestar los estados emocionales negativos bajo otras circunstancias. La gente desarrolla expectativas muy fuertes sobre lo que el alcohol les va a dar, y por lo regular ellos usan el alcohol para obtener estos efectos.

Nosotros creemos que las consecuencias afectivas del uso de alcohol cambian durante el transcurso en que la gente está bebiendo, especialmente entre la

gente que desarrolla problemas con el alcohol. Como consecuencia, la gente continúa bebiendo para controlar sus estados afectivos conforme beben.

El papel del alcohol para manipular los afectos positivos

El uso del alcohol como regulador de los afectos positivos parece presentarse en una etapa temprana de la historia de consumo de la gente que eventualmente desarrolla problemas con el alcohol. Estas conclusiones se obtuvieron de la información sobre estudios con prealcohólicos y gente que desarrolló problemas con el alcohol: 1) de acuerdo con sus características de personalidad y 2) de acuerdo con su reacción ante el alcohol.

Características de Personalidad

Los pre-alcohólicos y otras personas con posibles problemas de alcoholismo son inconformes, gregarios e impulsivos. Ellos buscan reforzadores para sí mismos que la gente en nuestra sociedad no acostumbra buscar: sensaciones excitantes e inusuales que sean fáciles y rápidas de obtener en lugar de buscar las más difíciles. Beber alcohol impulsiva y excesivamente es un ejemplo de las cosas que satisfacen la necesidad de búsqueda de sensaciones de estos individuos. Y el hecho de que beber en exceso es una violación a las reglas sociales no es un impedimento para hacerlo.

Por otro lado, los pre-alcohólicos y las personas con posibilidades de tener problemas con el uso de alcohol no se caracterizan por tener afectos negativos tales como depresión, ansiedad o baja autoestima. Por lo tanto, ellos no beben alcohol para contrarrestar estos estados emocionales negativos. Las características de personalidad de los pre-alcohólicos son las de una persona que desarrollará problemas por su consumo de alcohol y que inicialmente usó para elevar sus emociones positivas tanto como para reducir las negativas.

Efectos del alcohol

Existen dos evidencias que sugieren que aquellas personas que están propensas a desarrollar problemas por beber alcohol, tienen una reacción más intensa a las bebidas alcohólicas que otras personas: 1) la descripción anecdótica de los alcohólicos acerca de sus experiencias con el alcohol, y 2) las investigaciones

de laboratorio sobre las reacciones emocionales al alcohol de personas que tienen probabilidades de ser bebedores problema.

Cuando los alcohólicos cuentan sus experiencias con el alcohol, con frecuencia las describen como un gran reforzador. La primera vez que bebieron la recuerdan como el evento que los transformó de un pre-alcohólico a un individuo totalmente diferente. Los futuros bebedores problema parecen estar motivados a beber con la finalidad de obtener los efectos reconfortantes del alcohol que sintieron en sus primeras experiencias. De acuerdo a las investigaciones de laboratorio con sujetos de alto riesgo, hemos visto que la investigación de Sher y Levenson (1982; Sher, cap. 7) indicó que los estudiantes masculinos que eran desempleados, agresivos, impulsivos y antisociales (con características de personalidad parecidas a las de los prealcohólicos) desarrollaban una reacción afectiva muy fuerte a las bebidas alcohólicas más que otros estudiantes con características de personalidad diferentes.

Estos resultados indican que aquellas personas con riesgo de desarrollar problemas con el alcohol obtienen un gran reforzador del alcohol más que aquellos que no corren este riesgo.

En conclusión, esta información viene tanto de los reportes anecdóticos como de las investigaciones de laboratorio, las cuales sugieren que los alcohólicos desarrollan una reacción afectiva especial hacia el alcohol más que otras personas. Las características de personalidad de los pre-alcohólicos sugieren que el efecto especial que obtienen del alcohol lo usan para incrementar sus afectos positivos. Así, parece que aquella persona que desarrollará problemas con el alcohol, comienza bebiendo para regular sus emociones positivas más que las negativas.

Consecuencias del consumo excesivo habitual de alcohol

Mientras que las reacciones iniciales de los futuros bebedores problema hacia el alcohol representan un reforzador muy marcado en sus vidas, los cambios que ocurren reducen eventualmente la importancia del alcohol como un reforzador.

La tolerancia a los efectos farmacológicos del alcohol es uno de estos cambios. Como los bebedores habituales continuamente están consumiendo alcohol, reciben una dosis progresiva que los hace cada vez menos vulnerables a él. Así,

cada vez es más difícil que los alcohólicos incrementen sus afectos positivos con alcohol. Por lo tanto, la gente persiste en incrementar sus afectos positivos e ingiere más alcohol (Beckman, 1980; Brown, Goldman, Inn y Anderson, 1980; Christiansen, Goldman y Inn, 1982), y continúan intentándolo hasta que se forma un círculo recurrente.

Cuando beber alcohol ya no incrementa los afectos positivos tan fácilmente como antes, tienen menos alternativas para obtener reforzadores positivos que el resto de la gente. Hemos visto que los futuros alcohólicos se distinguen por su impulsividad, por la necesidad de gratificación inmediata a sus impulsos y la necesidad de recibir incentivos que les son difíciles de obtener. Como consecuencia de estas características de personalidad los futuros alcohólicos no se esfuerzan tanto como otros para obtener los incentivos que aumenten sus afectos positivos.

El rol del alcohol para controlar los afectos negativos

Las continuas experiencias de los futuros alcohólicos, así como los efectos del alcohol en sus cambios, y su motivación a usar el alcohol, cambian. Como resultado de estos cambios el control de sus afectos negativos comienza a ser más marcado que el control de los positivos.

Consecuencias afectivas acumulativas del consumo de alcohol

El alcohol no afecta a la gente sólo cuando está intoxicada; sus efectos se extienden a los estados de sobriedad. De acuerdo a la gran dificultad que tienen para obtener reacciones afectivas positivas, los efectos acumulativos del alcohol en los estados afectivos crónicos de los bebedores se vuelven progresivamente más negativos.

En un estudio realizado por Birnbaum, Taylor y Parker (1983), un grupo de bebedores sociales femenino mantuvo su nivel de consumo durante 6 semanas, mientras que otro grupo que acostumbraba beber con el mismo nivel se mantuvo en abstinencia por 6 semanas. Durante este tiempo, el grupo experimental mostró incrementos significativos en sus afectos negativos (depresión, enojo y confusión), mientras que el grupo de abstinentes mostró un deceso significativo en las mismas (Aneshensel y Huba, 1983; Rohsenow, 1982).

También se ha visto que, aunque los alcohólicos se vuelven significativamente más depresivos y ansiosos cuando entran en un tratamiento, en realidad es mucho menos que cuando deben permanecer en abstinencia (Edwards, Bucky y Shuckit, 1977; Ornstein, 1981; Pettinati, Sugerma y Maurer, 1982; Sutker y Archer, 1979). De igual manera, aunque los pre-alcohólicos muestran muy poco o nada de afectos negativos, los mismos individuos desarrollan una ansiedad y depresión significativa cuando entran en tratamiento como una consecuencia directa de su consumo excesivo de alcohol (Kmmeyer, Hoffmann y Loper, 1973).

Situación de vida disruptiva

Aquellas personas que desarrollan problemas con el alcohol tienen menos formas de obtener y disfrutar de los afectos positivos, que las personas menos impulsivas. Además, sus alternativas para disfrutar de estos afectos positivos (por ejemplo, la familia, los amigos, un trabajo) están seriamente en conflicto como una consecuencia directa de su consumo excesivo de alcohol.

Auto-Medicación

Conforme los alcohólicos tienen menos oportunidades de incrementar sus afectos positivos y los negativos continúan aumentando, ellos empiezan a usar el alcohol en un esfuerzo por contrarrestar sus afectos negativos. Cuando las drogas psicoactivas se auto-recetan de esta manera, vienen serias consecuencias negativas (Naditch, 1975b). Se desarrolla un círculo vicioso, si aumentan los afectos negativos, aumenta el consumo de alcohol y posteriormente se incrementan los afectos negativos.

De acuerdo a este modelo, la gente se encuentra motivada a beber alcohol para controlar tanto sus afectos positivos como negativos. Para algunas personas, ingerir alcohol es especialmente reconfortante ya que tienen control sobre el estado de sus afectos. Ahora, cuando la gente tiene el hábito de beber alcohol en grandes cantidades para controlar estos afectos, empiezan a aparecer las consecuencias de los afectos negativos. Además de las reacciones negativas que el alcohol causa en los bebedores excesivos, el alcohol provoca afectos negativos crónicos que aparecen cuando están sobrios. Así, mientras el trayecto de estos bebedores continúa, el control de los afectos positivos a través del alcohol disminuye progresivamente, y beben cada vez más para regular sus afectos negativos.

No se pretende aplicar este análisis a todas las personas que desarrollan problemas con su forma de beber. Existen múltiples formas en que alguien se puede convertir en alcohólico, y existen diferentes factores dependiendo de cada persona. Sin embargo, el modelo que se propone aquí, parece ser el típico caso de la mayoría de los alcohólicos masculinos. Hay menos datos sobre la relación entre el alcohol y la personalidad en grupos de mujeres que entre grupos de hombres, pero tentativamente concluimos que se deben aplicar modelos diferentes para medir a hombres y a mujeres.

Evaluación de la aproximación

Como mencionamos anteriormente, los factores de personalidad alcohólica pueden aparecer antes, durante y después del uso y abuso de alcohol. Sin embargo, estos factores de personalidad se encuentran relacionados con: determinantes biológicos (como las reacciones bioquímicas inherentes a cada persona hacia el alcohol), determinantes psicológicos (como las expectativas sobre los efectos del alcohol), factores medioambientales (como la presión de los compañeros para beber), y determinantes socioculturales (como la actitud hacia los bebedores dependiendo de la cultura en la que viva).

A pesar de demostrar la importancia de la personalidad como un determinante para el uso y abuso de alcohol, queda aún mucho trabajo por hacer si queremos comprender completamente el papel de la personalidad. También es importante considerar no sólo los factores de personalidad que hacen vulnerables a las personas a tener problemas con el alcohol, sino también aquellos factores de personalidad que protegen a algunos individuos de desarrollar estos problemas.

Diversos estudios llevados al cabo en Norteamérica muestran que en el 50% de los casos de agresión con violencia había marcadores de consumo de alcohol. Sin embargo este dato, puede ser más alto en otras culturas (Bradford; Greenber; Motayne; 1992).

Entre la población en general, hay una correlación positiva entre la cantidad de alcohol consumido y la intensidad y frecuencia de los casos de niños maltratados, abuso sexual, agresión doméstica, tratamiento de agresión en centros especializados, crímenes con agresión (tales como asaltos y homicidios), y agresión interpersonal, particularmente en aquellos grupos en los cuales la conducta agresiva tiene mayores probabilidades de ocurrir como es el

caso de las pandillas, los pacientes psiquiátricos y entre prisioneros. Es interesante hacer notar que la cantidad de alcohol que se consume, en general, es más alta entre individuos que manifiestan conducta agresiva, que entre aquellos que tienen pocas probabilidades de que su ambiente sea agresivo (Kelly y Cherek, 1993).

Abel y Zeidenberg (1985), encontraron una relación positiva entre el consumo de alcohol y la agresión cuando se presentaban actos violentos y ante las víctimas de actos violentos. Basándonos en estos datos, podemos decir que es muy probable que aparezca una correlación causal entre el consumo de alcohol y la conducta agresiva. Como quiera que sea, es importante recordar que esta asociación puede ser muy compleja. El consumo de alcohol puede incrementar bajo condiciones en las cuales es muy probable que se presente una conducta agresiva, y la correlación positiva entre el uso de alcohol y la conducta violenta puede estar influenciada por ésta. El uso de alcohol puede influir en la conducta no agresiva, así como en la interacción verbal, la cual incrementa el potencial de la agresión física. La conducta agresiva puede ocurrir en ausencia del consumo de alcohol o drogas ya sea por parte del perpetrador o de la víctima. Es importante recordar que el consumo de alcohol, aún en cantidades excesivas, no conduce invariablemente a una conducta agresiva (Kelly y Cherek, 1993).

Aunque muchos individuos consumen alcohol en circunstancias apropiadas y no dicen tener problemas con su uso, un número significativo de bebedores tiene consecuencias negativas. Los problemas personales relacionados con el abuso de alcohol incluyen: intoxicación, agresión personal y dependencia; problemas sociales incluyendo problemas de salud, problemas familiares, violencia, pérdidas económicas y consecuencias que afectan a otros. Los efectos de desinhibición causados por el alcohol pueden llevar a una persona intoxicada a hacer cosas que nunca haría estando sobrio (Milgram, 1993).

Una suposición tradicional entre psicólogos es que hay un número limitado de factores críticos que influyen en la relación entre drogas y conducta. Algunos de los factores más importantes son: el tipo y dosis de la droga, el lugar en el cual es consumida la droga y las expectativas y características del consumidor (Taylor y Chermack, 1993).

Recientemente se ha observado que los efectos de los sedantes facilitan la conducta agresiva. Sin embargo, no podemos concluir que todas las drogas que

producen efectos semejantes incrementan respuestas agresivas. Por ejemplo, en una investigación sobre la relación entre alcohol y la conducta agresiva, se llegó a las siguientes conclusiones (Taylor y Chermack, 1993):

- √ El alcohol es un potente antecedente de la conducta agresiva.
- √ El efecto de presión social a agredir y provocar es aumentada por el alcohol.
- √ El efecto de instigación del alcohol depende de la disposición agresiva del bebedor.
- √ La conducta agresiva de la persona puede ser regulada por ideas que afectan procesos cognitivos.

Con respecto al efecto que causa el alcohol entre la población de bebedores algunos investigadores han encontrado lo siguiente (Milgram, 1993):

- √ Las principales razones para consumir son: estar o sentirse intoxicado, hacer frente a un problema, y estar enojado o frustrado.
- √ Los bebedores moderados y severos esperan ser más agresivos después de beber.
- √ La mayoría de los adultos jóvenes consumen alcohol.

Se ha demostrado que la personalidad juega un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de alcohol. Pero la personalidad sólo es una de las muchas variables interactivas que deben ser tomadas en cuenta para saber cómo es que los problemas de alcoholismo se desarrollan y mantienen. Así, otros factores que también deben ser tomados en cuenta son (Jessor y Jessor, 1977):

- 1) Variables biológicas, tales como la reacción bioquímica de cada persona al alcohol.
- 2) Variables psicológicas además de la personalidad, como las expectativas que tiene la persona sobre los efectos del alcohol en él.
- 3) Variables medioambientales, como por ejemplo la efectividad del alcohol para promover al bebedor en un ambiente en particular.
- 4) Variables socioculturales, como la forma en que las prácticas para beber se van introduciendo poco a poco por la cultura en la cual vive una persona.

Durante los 60s' y 70s', se llevaron a cabo varios estudios sobre los efectos del alcohol en la personalidad de un individuo (Mayfield, 1968; Mayfield y Allen, 1967; Mello, 1972; Nathan y O'Brien, 1971). Uno de esos estudios consistió en administrar alcohol por períodos prolongados a pacientes alcohólicos hospitalizados durante varias semanas. Los resultados no fueron los esperados, ya que los investigadores trataban de probar que el alcohol reduce la tensión, sin embargo encontraron que la tensión, la ansiedad y la depresión se acumulaban conforme el paciente continuaba bebiendo.

Investigaciones posteriores con bebedores sociales y con alcohólicos, indicaron que el alcohol puede tener varios efectos: puede intensificar o disminuir el estado de ánimo negativo o incluso contribuir para lograr un estado de ánimo positivo. Los efectos del alcohol varían sistemáticamente con cada factor con el que se relaciona, con el lugar y la situación en que se consume el alcohol, también tiene que ver si el nivel de alcohol en la sangre asciende o desciende, y las experiencias previas del bebedor con el alcohol (Abrams, 1983).

Las características de personalidad que distinguen a los alcohólicos de otras personas, se hacen más evidentes cuando aparecen los problemas con el alcohol.

Para llegar a esta conclusión, los autores usaron resultados de la aplicación de 2 tests de personalidad en alcohólicos y otros bebedores problema: el MMPI y la Escala de Búsqueda de Sensaciones (S.S.S.) (Chaudron y Wilkinson, 1988).

La Escala 4 del MMPI se usó para obtener las puntuaciones más altas de la ejecución típica en alcohólicos (desviaciones psicopatológicas). Cuando un alcohólico obtiene una alta puntuación en esta Escala, generalmente se interpreta como un indicador de que la persona se sale de las normas sociales más convencionales y que actúa impulsivamente para obtener gratificaciones inmediatas. También manifiesta incapacidad para aprender de las experiencias pasadas, lo cual los mete en problemas. Los alcohólicos que obtienen una alta puntuación en esta Escala tienen dificultades para relacionarse con otros de forma satisfactoria a pesar de que se juntan con otras personas y parecieran tener habilidades para socializarse (Chaudron y Wilkinson, 1988).

La versión más común de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (S.S.S. V; Zuckerman, 1979) tiene 40 reactivos de elección forzada que proporcionan un puntaje total en las subescalas de: Búsqueda de Sensaciones, Búsqueda de Aventuras, Búsqueda de Experiencias, Desinhibición y Susceptibilidad para

Aburrirse. La escala, por supuesto, no ha sido usada con bebedores problema tan ampliamente como el MMPI, pero la conclusión de las investigaciones existentes es que, los jóvenes que abusan del alcohol tienden a obtener una puntuación alta en la subescala de Desinhibición, mientras que los alcohólicos adultos obtienen una puntuación más alta en la subescala de Susceptibilidad para aburrirse (Zuckerman, 1979).

El efecto que tiene el alcohol sobre el estado de ánimo de los alcohólicos es cambiante durante el tiempo que permanecen bebiendo. Aquellas personas que con el tiempo llegarán a desarrollar problemas con el alcohol, en un principio parecían motivadas a beber para incrementar un estado de ánimo positivo. Por lo regular, estos bebedores están envueltos en actividades de índole impulsiva, de inconformidad y búsqueda de experiencias nuevas, y no parecen experimentar estados de ánimo negativos que deban controlar con el alcohol (Chaudron y Wilkinson, 1988).

En un estudio realizado en el Medical Research Institute de San Francisco por la Dra. Cherpitel (1993), se encontró que el consumo de alcohol está asociado con la conducta agresiva, la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones, tanto en adolescentes como en adultos. Según esta autora, la toma de riesgos, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones se presentan solas, pero se ha encontrado que tienen rasgos en común en actividades de alto riesgo tales como el montañismo, el paracaidismo y buceo en mar profundo.

Para esta autora, es posible que aquellos que obtengan una alta puntuación en la toma de riesgos, impulsividad y búsqueda de sensaciones también encajen en otro tipo de situaciones de alto riesgo.

En investigaciones donde se aplicó el Minnesota (Inventario Multifásico de la Personalidad) y la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman, se encontró que los alcohólicos y bebedores problema tenían una puntuación más alta en la subescala de impulsividad; y los bebedores severos están altamente asociados con búsqueda de sensaciones (Cherpitel, op cit).

En otro estudio realizado por Zuckerman con universitarios, encontró que el 53% de las puntuaciones más altas en la Escala de Búsqueda de Sensaciones reportaron beber seis o más tragos a la semana, comparado con sólo el 13% de las puntuaciones más bajas en la misma escala. Más recientemente, la impulsividad se ha encontrado relacionada significativamente con problemas de

alcohol tanto en hombres como en mujeres, no obstante la subescala de búsqueda de sensaciones mostró una baja asociación con el consumo de alcohol. Adlaf y Smart encontraron una asociación positiva entre las puntuaciones de toma de riesgos y consumo de alcohol; como quiera que sea, ellos sugieren que estas diferencias pueden reflejar mayor disposición a ser conservador por parte de los bebedores moderados que aquellos bebedores que tuvieron alta puntuación en la toma de riesgos (Cherpitel, 1993).

En un estudio similar, realizado por Cloninger, Sigvardsson, y Bohman (1988), se encontró que una alta búsqueda de novedad y una baja evitación de agravio eran predictores tempranos del abuso de alcohol.

Nagoshi, Wilson y Rodríguez (1991), comentaron acerca de sus investigaciones sobre impulsividad que ésta se encuentra significativamente correlacionada con niveles altos de uso de alcohol y la frecuencia de problemas causados por la ingesta de alcohol.

La investigación ha demostrado que el consumo de alcohol puede llevar a los sujetos a usar respuestas agresivas en situaciones donde puede ser perjudicial hacerlo o cuando su respuesta no está basada en una provocación intencional. (Sayette, Wilson y Elias, 1993). Estos antecedentes plantearon la necesidad de ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores, examinando la asociación entre la impulsividad (referida como: la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones incluyendo la conducta agresiva), y el consumo de alcohol.

CAPITULO 4

METODO

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio es evaluar la relación que existe entre la variable psicológica impulsividad referida también como: búsqueda de sensaciones, conducta agresiva, toma de riesgos, y los diversos grados de dependencia al alcohol, para determinar si ésta variable se relaciona con la conducta adictiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ➔ Establecer medidas y rangos normativos para población de bebedores problema que acuden a un tratamiento en México.
- ➔ Identificar los factores psicológicos asociados a la conducta adictiva tales como: impulsividad, búsqueda de sensaciones, evitación de riesgo y peligrosidad.
- ➔ Por último, elaborar recomendaciones para el desarrollo de programas de intervención y prevención para el abuso de alcohol, con base en los resultados obtenidos.

SUJETOS

La muestra para efectuar el presente estudio, quedó integrada por 120 sujetos.

La población quedó conformada por 100 sujetos que asistían a instituciones que atienden a personas con problemas de consumo de alcohol y 20 sujetos abstemios, es decir aquellas personas que no ingieren más de dos copas de alcohol al año (E.N.A., 1993).

Los sujetos que asistían a tratamiento debían tener las siguientes características:

- De 18 a 65 años de Edad
- Ambos Sexos
- Nivel Escolar como mínimo Primaria
- Saber Leer y Escribir
- Consumo de Alcohol durante los últimos seis meses
- Estar en Tratamiento por Problemas de Alcohol

Los abstemios tenían las siguientes características:

- De 18 a 65 años de Edad
- Ambos Sexos
- Nivel Escolar como mínimo Primaria
- Saber Leer y Escribir
- No consumir más de una copa de alcohol por ocasión y no más de 2 veces al año.

TIPO DE INVESTIGACION

La investigación queda dentro de la clasificación de estudio de observación pasiva o diseño ex-post-facto de campo, debido a que no se realiza manipulación de variables porque ya acontecieron sus manifestaciones o porque son intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1982).

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

Consumo de Alcohol

Impulsividad como Rasgo de Personalidad

ESCENARIO

El lugar en donde se llevaron a cabo las aplicaciones fue en cada una de las siguientes instituciones:

1) Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", ubicado en cerrada de Acasulco No. 18 Col. Oxtopulco Universidad, Delegación Coyoacán. Facultad de Psicología, U.N.A.M., en un cubículo que se utiliza para sesiones terapéuticas, consta de un escritorio, dos sillas y archiveros.

2) Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol CAPRA, ubicado en el Hospital General de México S.S. Consultorio 10 de consulta externa, contenía tres escritorios con dos sillas cada uno, un mueble para guardar medicamentos, un archivero, dos básculas, una camilla y una cortina para separar el cuarto en caso de ser necesario.

3) Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares CAAF, ubicado en Rodríguez Puebla, esquina con República de Venezuela s/n, alto mercado Abelardo Rodríguez, Col. Centro. Depende del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la evaluación se llevó a cabo en la recepción del centro de atención el cual consta de 10 sillas y la ventanilla de recepción.

MATERIALES

Los instrumentos que se utilizaron a lo largo de la investigación fueron:

→ Escala de Dependencia al Alcohol (E.D.A.), mide el grado de dependencia en la población adulta que abusa del alcohol, desarrollada por H. Skinner y J. Horn, (1984), traducida y adaptada al español por Echeverría, L.; Oviedo, P.; et al. (1993) (ver Apéndice 1).

→ Escala de Impulsividad (E.I.), construida por: Gutiérrez, S. y Rodríguez, D. (1997) (ver Apéndice 2).

→ Lápices con goma

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS: E.D.A y E.I.

I. ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (E.D.A.)

Esta escala fue desarrollada por Skinner, H. A. y Horn, V. L., en Canada, se ha aplicado con éxito en población norteamericana y en México.

Se utiliza para población de bebedores problema adultos y se aplica a personas que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validéz para medir dependencia.

Esta escala ha sido aplicada en México en un programa de tratamiento cognitivo-conductual de consulta externa a una muestra de 177 bebedores problema que se sometieron al tratamiento de autocontrol dirigido (Ayala, Echeverría y Sobel, 1997).

FORMA DE ADMINISTRACION DE LA E.D.A.

La Escala de Dependencia al Alcohol puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Las instrucciones se le dan al paciente en forma escrita junto con la escala y son las siguientes:

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol en los últimos doce meses.

Lea cuidadosamente cada pregunta así como la posible respuesta.

La palabra "alcohol" o "bebida" se refiere a bebidas con contenido alcohólico.

Por favor conteste todas las preguntas. Trabaje con cuidado, sin importar el tiempo que necesite para contestarlo.

Si tiene alguna dificultad o duda al contestar el cuestionario, por favor pregunte al entrevistador.

FORMA DE CALIFICACION DE LA E.D.A.

Esta escala consta de 25 reactivos los cuales se califican de la siguiente manera:

a= 0, b= 1, c= 2, d= 3.

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos.

FORMA DE INTERPRETACION DE LA E.D.A.

El puntaje obtenido en la escala es interpretado de la siguiente forma:

- 0= NO HAY DEPENDENCIA
- 1 - 13= DEPENDENCIA BAJA
- 14 - 21= DEPENDENCIA MODERADA
- 22 - 30= DEPENDENCIA MEDIA
- 31 - 47= DEPENDENCIA SEVERA

II. ESCALA DE IMPULSIVIDAD (E.I.)

Esta escala se apoya en una aproximación cognitivo-conductual. Para el desarrollo de este instrumento se obtuvo información del trabajo desarrollado por la Dra. Cherpitel (1993) y el Dr. Zuckerman (1979). Ambos investigadores han desarrollado escalas para medir diferentes aspectos del constructo impulsividad.

DESCRIPCION DE LA ESCALA:

La escala de evaluación de impulsividad esta compuesta por:

- Datos Socio demográficos
- Instrucciones para contestar la escala

La escala comprende un total de 30 reactivos y un sistema de calificación que incluye cinco niveles:

- 1= Nunca
- 2= Ocasionalmente
- 3= Indeciso
- 4= Frecuentemente
- 5= Siempre

El puntaje mínimo que se puede obtener al contestar la Escala de Impulsividad es 30 y el máximo de 150.

FORMA DE INTERPRETACION DE LA E.I.

El puntaje obtenido en la escala es interpretado de la siguiente forma:

30 - 42	IMPULSIVIDAD BAJA
43 - 75	IMPULSIVIDAD MODERADA
76 - 113	IMPULSIVIDAD ALTA
114- 150	IMPULSIVIDAD SEVERA

FORMA DE ADMINISTRACION DE LA E.I.

La Escala de Impulsividad puede ser administrada como cuestionario ya sea en forma grupal o individual. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Las instrucciones se le dan al paciente de forma escrita junto con la escala a contestar, y son las siguientes:

A continuación se le presentan una serie de frases, léalas cuidadosamente y marque la opción que a su criterio describa mejor lo que usted haría en cada situación. Marque sólo una opción.

Trabaje con cuidado sin importar el tiempo que necesite para contestarlo todo.

Si tiene alguna dificultad o duda al contestarlo, por favor pregunte al entrevistador.

CONSTRUCCION DE LA ESCALA DE IMPULSIVIDAD E.I.

El primer criterio que se utilizó para crear el instrumento de investigación para población mexicana, consistió en revisar las escalas existentes sobre el tema. Con esta revisión se eligieron sólo aquellos reactivos que midieran el factor psicológico de impulsividad. La mayoría de las escalas que revisamos miden diferentes rasgos de personalidad además de impulsividad y éstos son muy pocos.

Las escalas que utilizamos son:

“Sensation Seeking Scale” de Marvin Zuckerman
y “Risk Taking/Impulsivity Scale “ de Cheryl J. Cherpitel

Los reactivos elegidos fueron 52, los cuales se tradujeron al español literalmente y originalmente se contestaban eligiendo entre “Falso” o “Verdadero” (ver Apéndice 3). Nuestro segundo criterio consistió en consultar especialistas en el tema de la facultad de psicología de la UNAM, para que dieran sus opiniones acerca del contenido semántico de estos reactivos y poder

saber qué tan representativos y adecuados eran para la investigación. La versión que calificaron los maestros constaba de 52 reactivos.

Después de ser revisada y evaluada por los jueces la escala quedó construida con 45 reactivos. Esta fue la *primera versión* del instrumento en la cual, para contestar, los sujetos debían elegir entre cinco opciones: "nunca", "ocasionalmente", "indeciso", "frecuentemente" ó "siempre" (ver Apéndice 4).

De los tres tipos de Escalas de Actitudes, la nuestra es Escala de Clasificación Sumadas, (denominada Escala de tipo Likert). Es un conjunto de actitudes, todas consideradas de aproximadamente igual "valor de actitud", y a cada una de las cuales los sujetos responden con diversos grados de acuerdo o desacuerdo (intensidad). Los puntajes de los reactivos de la escala son sumados, o sumados y promediados para proporcionar el puntaje a las actitudes de un individuo. Como todas las escalas de actitudes, el propósito de una escala de clasificación sumada es colocar a un individuo en algún punto sobre un espacio continuo acordado de la actitud en cuestión. Estas escalas toman en cuenta la intensidad de la expresión de la actitud. Los sujetos pueden estar de acuerdo o estar en completo desacuerdo.

En tercer lugar se llevó a cabo un piloteo con 135 sujetos de los cuales 45 estaban en tratamiento por problemas de alcohol en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM y 90 eran sujetos de población en general. Se utilizó la *primera versión* de la Escala de Impulsividad, la cual contaba de 45 reactivos. Para ésta etapa tomamos en cuenta las siguientes variables:

- Tener de 18 a 65 años de Edad
- Ambos Sexos
- Nivel Escolar como mínimo Primaria
- Saber Leer y Escribir
- Consumo de Alcohol durante los últimos seis meses

Una vez aplicada la escala a estos 135 sujetos, se llevó a cabo un análisis estadístico (Alpha de Crombach) en el paquete estadístico SPSS, con la finalidad de buscar su consistencia interna. De este análisis se obtuvo un alpha de 0.90, con lo cual la escala quedó reducida a 30 reactivos como *versión final* (ver Apéndice 2).

El quinto paso consistió en la aplicación definitiva del instrumento con una muestra de 120 sujetos: de los cuales 100 estaban en tratamiento por problemas de alcohol y 20 eran abstemios y nunca habían estado en tratamiento.

Un aspecto importante en el desarrollo de la investigación, es el *análisis de confiabilidad* el cual se llevó a cabo con una muestra de 52 sujetos para observar la consistencia y validez del instrumento.

Posteriormente, se utilizó un Alpha de Crombach del paquete estadístico SPSS, obteniéndose otra vez una confiabilidad de .91 lo cual nos indica una consistencia interna muy alta.

PROCEDIMIENTO

Se eligieron tres centros de tratamiento para bebedores con problemas en su consumo de alcohol.

1) Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", ubicado en cerrada de Acasulco No. 18 Col. Oxtopolco Universidad, Delegación Coyoacán. Facultad de Psicología, U.N.A.M., en un cubículo que se utiliza para sesiones terapéuticas, consta de un escritorio, dos sillas y archiveros.

2) Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol CAPRA, ubicado en el Hospital General de México S.S. Consultorio 10 de consulta externa, contenía tres escritorios con dos sillas cada uno, un mueble para guardar medicamentos, un archivero, dos básculas, una camilla y una cortina para separar el cubículo en caso de ser necesario.

3) Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares CAAF, ubicado en Rodríguez Puebla, esquina con República de Venezuela s/n, alto mercado Abelardo Rodríguez, Col. Centro. Depende del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la evaluación se llevó a cabo en la recepción del centro de atención el cual consta de 10 sillas y la ventanilla de recepción.

El primer paso que se efectuó fue el enviar una carta a cada una de las instituciones elegidas en para pedir su consentimiento en poder acudir y tener acceso con los pacientes en tratamiento y así llevar a cabo la aplicación de los dos instrumentos.

En segundo lugar acudimos diariamente a entrevistar a los sujetos que cubrieran los requisitos, cabe señalar que en un día podíamos entrevistar de dos a tres pacientes y en muchas ocasiones ninguno por no cubrir algún requisito. Este trabajo nos llevo aproximadamente cinco meses, después del cual obtuvimos una muestra de 100 sujetos.

Siempre se contactó al paciente personalmente como único informante. La duración promedio de la aplicación fue de 15 a 20 minutos aproximadamente.

Otro paso que se llevó a cabo fue recolectar a 20 sujetos abstemios de población general, aplicando únicamente la escala de impulsividad.

Una vez obtenidas las aplicaciones se procedió a su calificación y captura en computadora en una base de datos en el paquete estadístico SPSS. Ya obtenidos los datos se realizó un análisis estadístico para interpretarlos y poder llegar a las conclusiones finales.

CAPITULO 5

RESULTADOS

En la presente investigación se buscó encontrar una correlación entre el factor psicológico impulsividad y la dependencia al consumo de alcohol. Otras variables que se tomaron en cuenta son: edad, sexo y nivel de escolaridad.

Un aspecto que hay que considerar para la interpretación de los resultados es el diseño que se usó en esta investigación, el cual está dentro de la clasificación de estudio de observación pasiva o diseño ex-post-facto de campo debido a que no se realiza manipulación de variables (Kerlinger, 1982).

Los resultados encontrados al analizar las diferentes variables son los siguientes:

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

SEXO

Los datos muestran que el 74% de las 120 personas a las que se les aplicaron los instrumentos son del sexo masculino y el 26% pertenecen al sexo femenino (figura 1).

EDAD

La edad media de la muestra fue de 35.9 años con una desviación estandar de 9.49.

Al agrupar a los sujetos por edad, se encontró que el 25.8% cae dentro del rango de 18 a 28 años, el 36.7% cae en el rango de 29 a 38 años, el 27.5% cae dentro del rango de 39 a 48 años y por último el 10.0% de la población pertenece al rango de 49 a 59 años.

Podemos concluir que la mayoría de los sujetos cae en el rango de 29 a 38 años siendo el 36.7% de la muestra (figura 2).

ESCOLARIDAD

Al analizar la escolaridad se encontró que el 26.7% de los sujetos estudió primaria, el 24.2% estudió a nivel secundaria, el 29.2% estudió hasta preparatoria y el 20% terminó la licenciatura, concluyendo que la mayoría de las personas tienen un nivel de preparatoria (figura 3).

Por lo que respecta a las variables principales de esta investigación, **Impulsividad y Dependencia al Alcohol**, los resultados obtenidos a partir de los dos instrumentos utilizados se muestran a continuación (figuras 4 y 5).

Otro aspecto importante que mencionar sobre los resultados obtenidos es la correlación de los dos instrumentos (E.D.A. y E.I.) con las distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad) no encontrándose relación estadísticamente significativa.

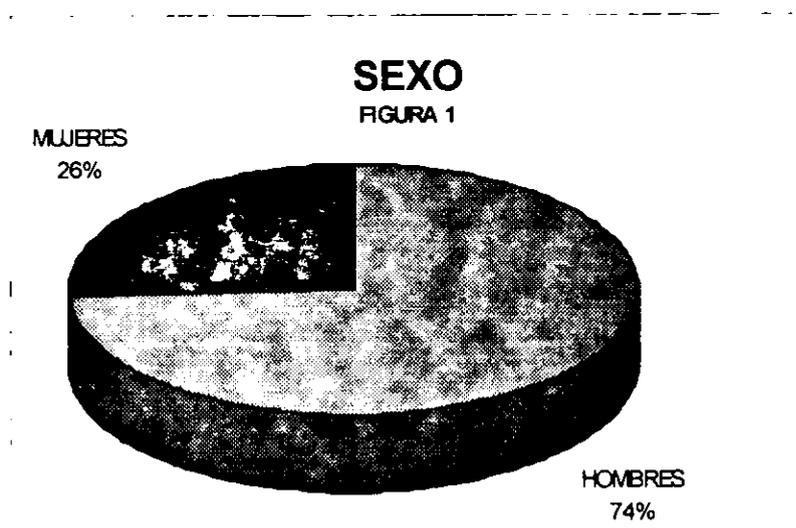
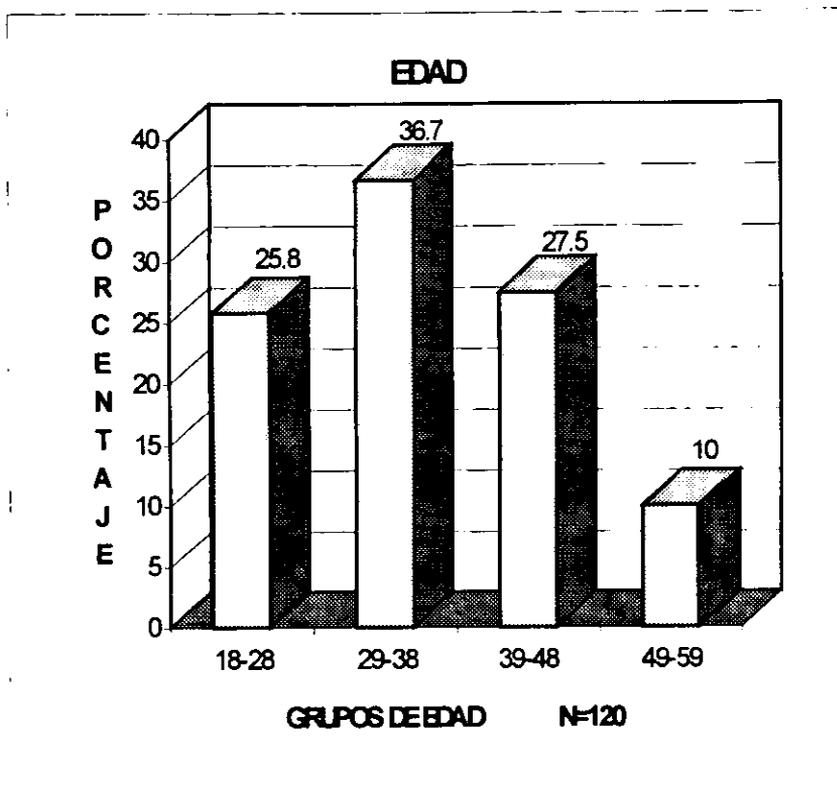
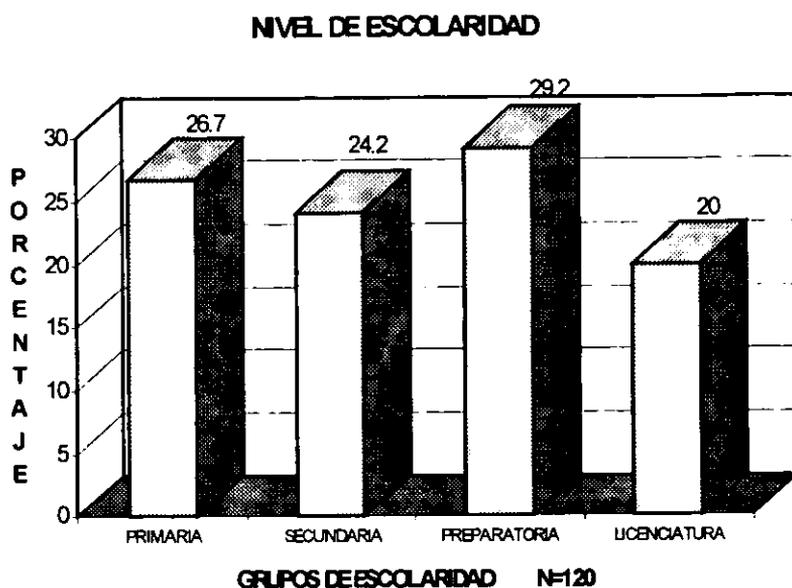


FIGURA 2



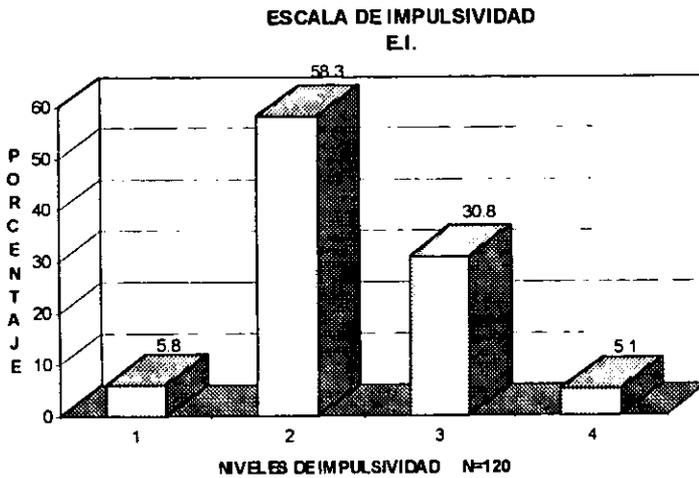
Se obtuvo una desviación estandar de 9.49 en su mayoría la edad cae dentro del rango de 29 a 38 años (36.7%), le sigue el grupo de 39 a 48 años(27.5%), continúa el de 18 a 28 años (25.8%) y por último el grupo más reducido fue de 49 a 59 años (10.0%).

FIGURA 3



Se encontró que el 26.7% de la población estudió a nivel primaria, el 24.2% estudió a nivel secundaria, el 29.2 % nivel preparatoria y el 20% a nivel licenciatura.

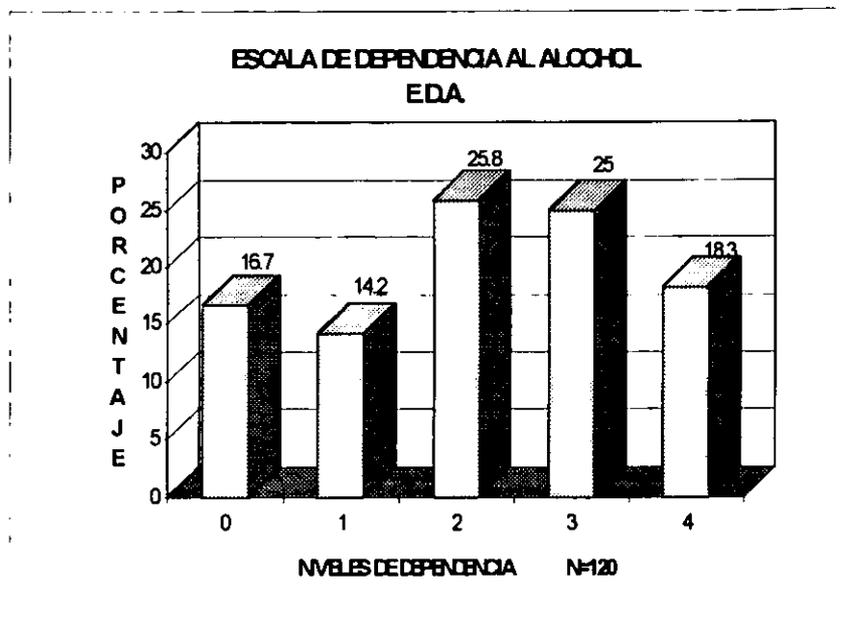
FIGURA 4



NIVELES	RANGO
1 BAJA	30-42
2 MODERADA	43-75
3 ALTA	76-113
4 SEVERA	114-150

Se obtuvo una calificación media de 70.9 y su desviación estandar de 22.28 la calificación más alta corresponde a sujetos con un promedio de 58.3% perteneciente a la clasificación de (2) impulsividad media, el grupo que le sigue es el de (3) impulsividad alta con un promedio de 30.8%, dentro de los promedios más bajos se obtuvieron dos grupos, el primero (1) de impulsividad baja con un promedio de 5.8% y el segundo grupo (4) impulsividad severa con el 5.1% de la población total.

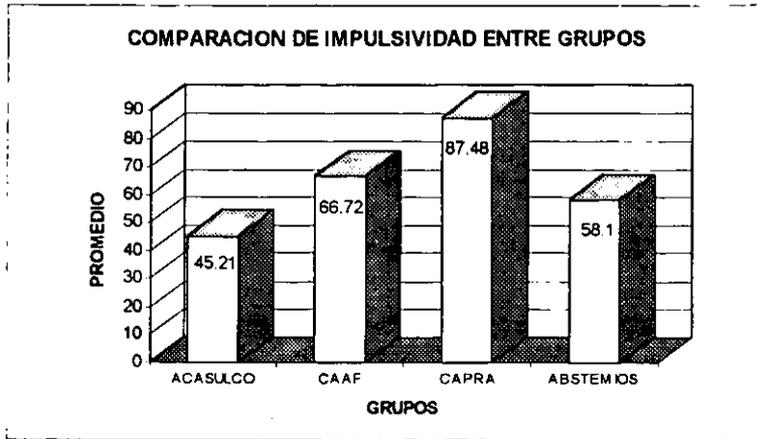
FIGURA 5



NIVELES	RANGOS
0 MUY BAJA	0-12
1 BAJA	13-23
2 MODERADA	24-36
3 ALTA	37-49
4 SEVERA	50-60

Se obtuvo una media de 19.3 con una desviación estandar de 12.11 en las calificaciones se encontró que la mayoría de los sujetos corresponde a nivel de dependencia moderada (2) siendo el 25.8% de la población total, le sigue el grupo de dependencia alta (3) con 25.0%, despues sigue el grupo de dependencia severa (4) con 18.3%, el grupo de dependencia baja (1) tiene un puntaje de 14.2%, por último el grupo de abstemios corresponde al 16.7% de la población total.

GRAFICA 6

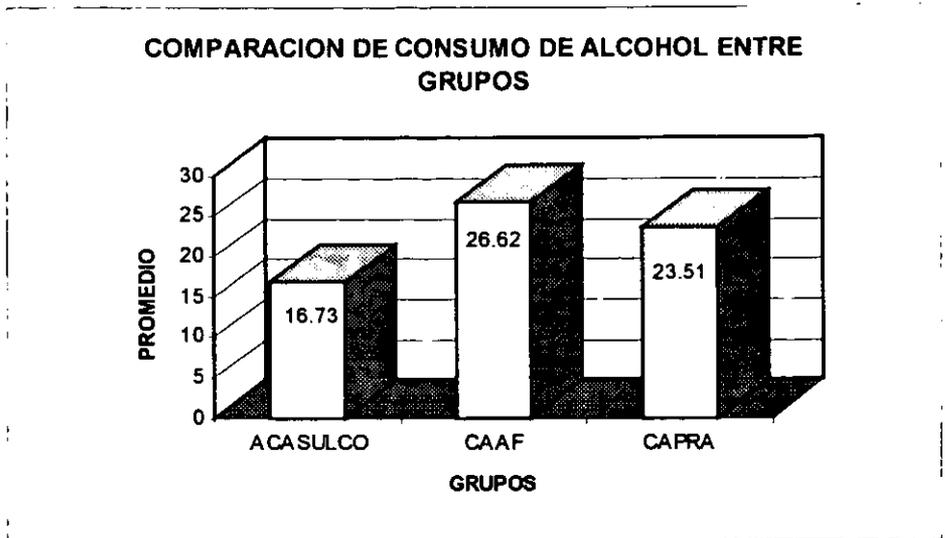


Al comparar las medias entre cada grupo, se encontró como se muestra en esta gráfica, que los pacientes que obtuvieron mayor impulsividad entre las diferentes instituciones de tratamiento fue la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA), en segundo lugar se encuentran los pacientes del Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), el tercer grupo lo ocupan la submuestra de sujetos abstemios y el cuarto grupo lo conforman los pacientes que acudían a tratamiento por problemas relacionados con su consumo de alcohol al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco".

Una posible explicación que consideramos acerca de que los sujetos abstemios obtuvieran un puntaje más elevado que los pacientes sujetos a tratamiento de "Acasulco" para esta investigación podría ser que la impulsividad se manifiesta como rasgo inherente a la propia personalidad del individuo y en otros casos se manifiesta como un disparador situacional y con influencia del consumo de alcohol.

Es de suma importancia resaltar que aquellos individuos que beben en menor cantidad no están a salvo de tener problemas asociados con el consumo de alcohol, es decir que las características propias del individuo (por ejemplo impulsividad) determinarán las consecuencias ocasionadas por el consumo sin importar frecuencia o cantidad.

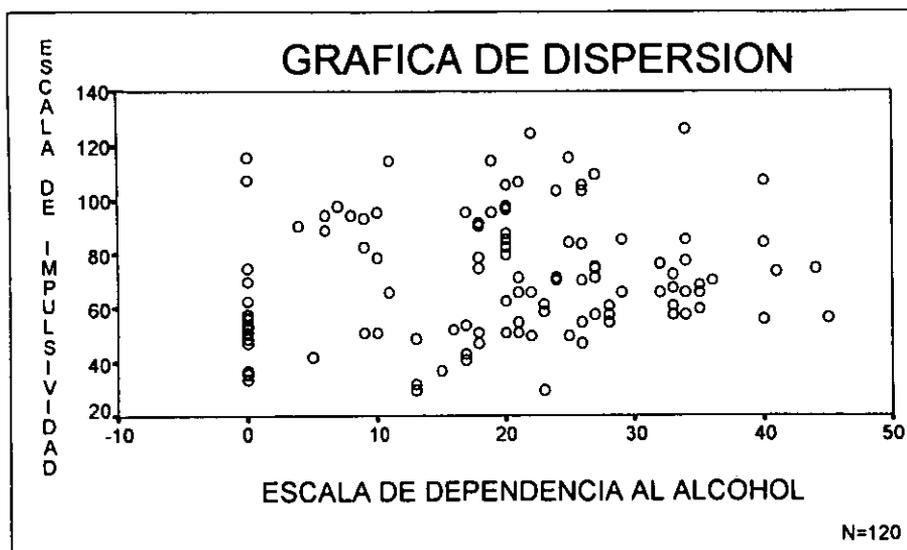
GRAFICA 7



En esta gráfica de comparación entre las diferentes instituciones se muestra que el grupo del Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) sujetos a tratamiento fueron los que obtuvieron el puntaje más elevado en su consumo de alcohol, el segundo lugar lo obtuvieron los pacientes de la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA), y por último se encontró que el puntaje más bajo fue el de los pacientes del Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco".

Consideramos que esto se debe a que cada centro de atención tiene su propio criterio para aceptar o en su defecto canalizar a los sujetos a otra institución pertinente según las necesidades que requieran, por ejemplo en "Acasulco" se realizaba una entrevista inicial para determinar si se es candidato o no a dicho tratamiento, ya que aquellos sujetos que reportaban tener síntomas físicos severos eran canalizados a otra institución adecuada para estos casos como son el CAAF y el CAPRA (entre otros).

Se hizo una gráfica de dispersión para analizar los puntajes globales de la Escala de Impulsividad (EI) y de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), y se encontró que eran estadísticamente significativos ($r = .48$ y $p < 0.05$), donde permite decir que en la medida que existe mayor impulsividad las personas presentan un problema mayor de dependencia al alcohol, es decir, la Impulsividad podría ser una variable, entre otras, que predice adicción. Los resultados se observan en la siguiente gráfica.



DISCUSION Y CONCLUSIONES

Es importante recordar que el objetivo de esta investigación es observar si existe relación entre la variable psicológica impulsividad referida como (conducta agresiva, conducta violenta, búsqueda de sensaciones, toma de riesgos), y los diferentes grados de dependencia de alcohol.

El abuso de sustancias es un problema importante en nuestra sociedad. Una convicción tradicional entre científicos es que una de las consecuencias del abuso de sustancias es la conducta impulsiva. Actualmente hay estudios que señalan la relación entre consumo de alcohol y la conducta impulsiva, dando un papel importante a la creencia de que existe alguna asociación entre estas dos variables.

Al revisar la literatura existente sobre la ingesta de alcohol y la impulsividad, es necesario aclarar que esta asociación no es casual y que estas variables no son independientes entre sí. Más aún, el enlace entre estas dos conductas es una relación compleja con una gran cantidad de variables, las cuales varían de acuerdo al contexto situacional.

Un componente aislado experimentalmente, y que se asocia con la preferencia por el uso y consumo de distintos tipos de drogas, es el proceso de búsqueda de sensaciones, que también se ha vinculado con la personalidad antisocial. Este concepto ha sido elaborado después de diversos estudios realizados con sociópatas por Zuckerman (1979).

Los trabajos estadísticos de análisis factorial han aislado cuatro componentes o dimensiones del rasgo búsqueda de sensaciones:

- a) emoción y búsqueda de aventura. Mediante la realización de conductas diarias que tratan de activar al sociópata, p. ej. practicar deportes excitantes o peligrosos.
- b) búsqueda de experiencias. Se trata de fomentar sensaciones con el pensamiento y los sentidos, y realizar un estilo de vida que no va con las normas sociales
- c) desinhibición. Búsqueda de sensaciones mediante la estimulación social desinhibida.

d) susceptibilidad al aburrimiento. Aversión a la monotonía y a situaciones rutinarias.

El proceso de socialización familiar, el cómo se internalizan las normas sociales y morales, el aprendizaje de la cultura de la calle en condiciones de marginación social, experimentar el riesgo y la aventura, probar que las conductas de transgresión social no van seguidas de castigo o éste se da de forma demorada, las primeras interacciones con las drogas, etc., todas estas variables inciden en la adquisición y mantenimiento de la conducta antisocial o sociopatía (Graña, G. 1994).

Diversos estudios llevados al cabo en Norteamérica muestran que en el 50% de los casos de agresión con violencia había marcadores de consumo de alcohol. Sin embargo este dato, puede ser más alto en otras culturas (Bradford; Greenber; Motayne; 1992).

Entre la población en general, hay una correlación positiva entre la cantidad de alcohol consumido, la intensidad y frecuencia de los casos de niños maltratados, abuso sexual, agresión doméstica, tratamiento de agresión en centros especializados, crímenes con agresión (tales como asaltos y homicidios), y agresión interpersonal, particularmente en aquellos grupos en los cuales la conducta agresiva tiene mayores probabilidades de ocurrir como es el caso de las pandillas, los pacientes psiquiátricos y entre prisioneros. Es interesante hacer notar que la cantidad de alcohol que se consume, en general, es más alta entre individuos que manifiestan conducta agresiva, que entre aquellos que tienen pocas probabilidades de que su ambiente sea agresivo (Kelly y Cherek, 1993).

Abel y Zeidenberg (1985), encontraron una relación positiva entre el consumo de alcohol y la agresión cuando se presentaban actos violentos y ante las víctimas de actos violentos. Basándonos en estos datos, podemos decir que la probabilidad es muy alta para que aparezca una correlación causal entre el consumo de alcohol y la conducta impulsiva. Como quiera que sea, es importante recordar que esta asociación puede ser muy compleja. El consumo de alcohol puede incrementar bajo condiciones en las cuales es muy probable que se presente una conducta agresiva, y la correlación positiva entre el uso de alcohol y la conducta violenta puede estar influenciada por ésta. Aunque el uso de alcohol puede influir en la conducta no agresiva, así como en la interacción verbal, la cual incrementa el potencial de la agresión física. La conducta

impulsiva puede ocurrir en ausencia del consumo de alcohol o drogas ya sea por parte del perpetrador o de la víctima. Es importante recordar que el consumo de alcohol, aún en cantidades excesivas, no conduce invariablemente a una conducta agresiva (Kelly y Cherek, 1993).

Muchos individuos consumen alcohol en circunstancias apropiadas y dicen no tener problemas con su uso, pero un número significativo de bebedores excesivos tiene consecuencias negativas. Los problemas personales relacionados con el abuso de alcohol incluyen: intoxicación, agresión personal y dependencia; problemas sociales incluyendo problemas de salud, problemas familiares, violencia, pérdidas económicas y consecuencias que afectan a otros. Los efectos de desinhibición causados por el alcohol pueden llevar a una persona intoxicada a hacer cosas que nunca haría estando sobrio (Milgram, 1993).

Los resultados de este trabajo con las limitaciones que se describirán al final apoyan los estudios que aquí se describen, los cuales nos permiten reforzar nuestro planteamiento inicial, sustentando que en la medida en que existe mayor impulsividad las personas presentarán un problema mayor de dependencia al alcohol. Es decir, la impulsividad podría ser una variable que esta relacionada con la conducta adictiva.

Las características de personalidad que distinguen a los alcohólicos de otras personas, se hacen más evidentes cuando aparecen los problemas con el alcohol.

Para llegar a esta conclusión, los autores usaron resultados de la aplicación de 2 tests de personalidad en alcohólicos y otros bebedores problema: el MMPI y la Escala de Búsqueda de Sensaciones (S.S.S.) (Chaudron y Wilkinson, 1988), obteniendo resultados positivos a esta correlación.

Para investigaciones posteriores, se recomienda la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) o de ser posible (MMPI 2), ya que otros autores han encontrado que en la escala 4 se encuentran las puntuaciones más altas de la ejecución típica en alcohólicos (desviaciones psicopatológicas). Cuando un alcohólico obtiene una alta puntuación en esta Escala, generalmente se interpreta como un indicador de que la persona se sale de las normas sociales más convencionales y que actúa impulsivamente para obtener gratificaciones inmediatas. También manifiesta incapacidad para aprender de las experiencias pasadas, lo cual hace que la conducta se manifieste más

fácilmente. Los alcohólicos que obtienen una alta puntuación en esta Escala tienen dificultades para relacionarse con otros de forma satisfactoria a pesar de que se juntan con otras personas y parecieran tener habilidades para socializarse (Chaudron y Wilkinson, 1988).

El efecto que tiene el alcohol sobre el estado de ánimo de los alcohólicos es cambiante durante el tiempo que permanecen bebiendo. Aquellas personas que con el tiempo llegarán a desarrollar problemas con el alcohol, en un principio parecían motivadas a beber para incrementar un estado de ánimo positivo. Por lo regular, estos bebedores están envueltos en actividades de índole impulsiva, de inconformidad y búsqueda de experiencias nuevas, y no parecen experimentar estados de ánimo negativos que deban controlar con el alcohol (Chaudron y Wilkinson, 1988).

En un estudio realizado en el Medical Research Institute de San Francisco por la Dra. Cherpitel (1993), se encontró que el consumo de alcohol está asociado con la conducta agresiva, la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones, tanto en adolescentes como en adultos. Según esta autora, la toma de riesgos, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones se presentan solas, pero se ha encontrado que tienen rasgos en común en actividades de alto riesgo tales como el montañismo, el paracaidismo y buceo en mar profundo.

Para esta autora, es posible que aquellos que obtengan una alta puntuación en la toma de riesgos, impulsividad y búsqueda de sensaciones también encajen en otro tipo de situaciones de alto riesgo.

En investigaciones donde se aplicó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory y la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman, se encontró que los alcohólicos y bebedores problema tenían una puntuación más alta en la subescala de impulsividad; y los bebedores severos están altamente asociados con búsqueda de sensaciones (Cherpitel, op cit).

En otro estudio realizado por Zuckerman con universitarios, encontró que el 53% de las puntuaciones más altas en la Escala de Búsqueda de Sensaciones reportaron beber seis o más tragos a la semana, comparado con sólo el 13% de las puntuaciones más bajas en la misma escala. Recientemente, la impulsividad se ha encontrado relacionada significativamente con problemas de alcohol tanto en hombres como en mujeres. Adlaf y Smart encontraron una asociación positiva entre las puntuaciones de toma de riesgos y consumo de alcohol;

como quiera que sea, ellos sugieren que estas diferencias pueden reflejar mayor disposición a ser conservador por parte de los bebedores moderados que aquellos bebedores que tuvieron alta puntuación en la toma de riesgos (Cherpitel, 1993).

En una investigación que se llevo a cabo sobre impulsividad e intento suicida se encontró la presencia de una disfunción serotoninérgica subyacente a la impulsividad lo mismo que a la depresión, a la conducta suicida y a la agresividad. También se ha documentado que en los sujetos con intento suicida existe un subgrupo cuyos intentos suicidas son impulsivos "per se"

En un estudio similar, realizado por Cloninger, Sigvardsson, y Bohman (1988), se encontró que una alta búsqueda de novedad y una baja evitación de agresión eran predictores tempranos del abuso de alcohol.

Nagoshi, Wilson y Rodríguez (1991), comentaron acerca de sus investigaciones sobre impulsividad que ésta se encuentra significativamente correlacionada con niveles altos de uso de alcohol y la frecuencia de problemas causados por la ingesta de alcohol.

Esta información ha demostrado que el consumo de alcohol puede llevar a los sujetos a usar respuestas impulsivas en situaciones donde puede ser perjudicial hacerlo o cuando su respuesta no está basada en una provocación intencional. (Sayette, Wilson y Elias, 1993). Estos antecedentes plantearon la necesidad de ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores, examinando la asociación entre la impulsividad y el consumo de alcohol.

Un punto que se debe destacar en este trabajo son las limitaciones que presentan la consistencia y validez de la Escala de Impulsividad (E.I.), ya que fue construida y utilizada por primera vez para esta investigación.

Estos resultados permiten destacar la utilidad de la escala que debería ser considerada para futuras investigaciones, debido a que en México no existía un instrumento que exclusivamente midiera "impulsividad".

Hay algunos aspectos que se deben considerar para futuras investigaciones:

- Utilizar una muestra más amplia
- Utilizar el instrumento de impulsividad E.I. conjuntamente con otro, por ejemplo el MMPI II

- Incluir algunas variables relacionadas con las consecuencias que produce el abuso.

Por ejemplo uno de los aspectos clave que intervienen en la percepción del proceso de alcoholización es la relación contradictoria entre las consecuencias positivas y negativas de la ingestión alcohólica en México. Estudios cualitativos sobre la percepción infantil del consumo de alcohol han mostrado la ambigüedad con que perciben los niños el beber. Es frecuente que para ellos el consumo de alcohol sea símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad, e incluso entre algunos grupos de medida terapéutica; todo esto alentado por la misma familia y la comunidad. Simultáneamente, el consumo se asocia a violencia, maltrato, carencias, enfermedad e incluso a la muerte, como lo señala Rosovsky en los archivos de los servicios forenses que demuestran como la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas. Esto se refiere a que la ingestión alcohólica se percibe por los sujetos sociales de manera ambivalente.

Durante el desarrollo de la investigación nos dimos cuenta que algunas de las variables que se pueden considerar para enriquecer un trabajo similar es el integrar e identificar la falta de educación tanto formal como informal, y la falta de recursos económicos que puede ser una de las bases para que se desarrolle una conducta adictiva.

Por otra parte queremos resaltar que aquellos individuos que beben en menor cantidad no están a salvo de tener problemas asociados por el consumo de alcohol. Como lo hemos mencionado anteriormente las características propias del individuo (por ejemplo impulsividad) determinarán las consecuencias ocasionadas por el consumo sin importar frecuencia o cantidad.

Por último, esta línea de investigación puede ser útil para que en posteriores investigaciones se diseñen programas de prevención enfocados a enseñar a jóvenes o niños conductas de auto-control sobre ciertas conductas como la impulsividad y de esta forma reducir los accidentes y actos de agresión asociados con el consumo de bebidas alcohólicas o cualquier otro tipo de drogas.

APENDICE I

ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (E.D.A.)

Las preguntas de este cuestionario tratan de su consumo de alcohol en los últimos 12 meses

- 1 Lea cuidadosamente cada pregunta así como la posible respuesta y conteste marcando la opción que usted juzgue más correcta.
- 2 La palabra "alcohol" o "bebida" se refiere a las bebidas con contenido alcohólico.
- 3 Por favor, conteste todas las preguntas. Trabaje con cuidado sin importar el tiempo que necesite para contestar.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cuántas copas bebió la última vez?	a) Lo suficiente para sentirse bien b) Lo suficiente para emborracharse c) Lo suficiente para "perderse"
2. ¿Con frecuencia sufre de "crudas" los domingos o los lunes por la mañana?	a) Sí b) No
3. ¿Le tiemblan las manos o tiene escalofrío cuando vuelve a encontrarse sobrio?	a) No b) Algunas veces c) Casi cada vez que bebo
4. ¿Al día siguiente de beber se siente enfermo, con vomitos, dolor estomacal o "retortijones"?	a) No b) Algunas veces c) Casi cada vez que bebo
5. ¿Ha estado intranquilo y/o ha visto, oído o sentido cosas que no existen?	a) No b) Algunas veces c) Varias veces
6. ¿Cuando bebe se tropieza, se tambalea y "zigzaguea" al caminar?	a) No b) Algunas veces c) Varias veces
7. Al día siguiente de beber ¿ha sentido bochorno y sudor con fiebre?	a) No b) Algunas veces c) Varias veces
8. Después de beber ¿ha visto cosas que en realidad no existen?	a) No b) Algunas veces c) Varias veces
9. ¿Siente pánico (terror) al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite?	a) No b) Algunas veces c) Varias veces
10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?	a) No, nunca b) Algunas veces c) Frecuentemente d) Casi cada vez que bebo

11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?	a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
12. Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas) ¿termina usted bebiendo en exceso otra vez?	a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces
13. En los últimos 12 meses ¿se ha desmayado por estar bebiendo?	a) No b) Alguna vez c) Más de una vez
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?	a) No b) Alguna vez c) Varias veces
15. ¿Bebe durante todo el día?	a) No b) Si
16. Después de haber bebido en exceso, ¿tiene pensamientos o ideas poco claras?	a) No b) Si, pero sólo por unas horas c) Si, por uno o dos días d) Si, durante varios días
17. Como consecuencia de beber ¿ha tenido palpitaciones?	a) No b) Alguna vez c) Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber o en las bebidas?	a) No b) Si
19. Como consecuencia de su forma de beber ¿ha escuchado cosas que no existen?	a) No b) Alguna vez c) Varias veces
20. ¿Cuando bebe ha tenido miedo y sensaciones extrañas?	a) No b) Algunas veces c) Frecuentemente
21. Como consecuencia de haber bebido ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo (gusanos, arañas) que en realidad no existen?	a) No b) Alguna vez c) Varias veces
22. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria)?	a) Nunca b) Si, durante menos de una hora c) Si, durante varias horas d) Si, durante uno o varios días
23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no ha podido?	a) No b) Alguna vez c) Varias veces
24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?	a) No b) Si
25. Después de tomar una o dos copas ¿puede dejar de beber?	a) No b) Si

APENDICE 2

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (E.I.)

Edad: _____ Sexo (F) (M) Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de frases, léalas cuidadosamente y marque la opción que a su criterio describa mejor lo que usted haría en cada situación. Marque sólo una opción.

REACTIVOS	NUNCA	OCASIO NALMENTE	INDECISO	FRECUE NTE	SIEMPRE
1 Busco experiencias nuevas, especialmente aquellas que producen emociones fuertes.	1	2	3	4	5
2 Me detengo a la mitad de una actividad para comenzar otra.	1	2	3	4	5
3 Cruzar el Océano en un barco pequeño puede ser una maravillosa aventura.	1	2	3	4	5
4 Cuando me enojo digo o hago cosas de las que después me arrepiento.	1	2	3	4	5
5 Intento cosas nuevas sólo por diversión o emoción.	1	2	3	4	5
6 Hago cosas sin pensarlas cuidadosamente.	1	2	3	4	5
7 Me gusta hacer cosas nuevas sólo por la emoción.	1	2	3	4	5
8 Las emociones me hacen actuar sin pensar.	1	2	3	4	5
9 Me gusta experimentar situaciones de peligro.	1	2	3	4	5
10 Me gustaría recorrer la República Mexicana sin dinero y viajando de aventón.	1	2	3	4	5
11 Tomo decisiones basadas sólo en mis primeras impresiones.	1	2	3	4	5
12 Digo la primera cosa que se me ocurre.	1	2	3	4	5
13 Me gustaría ayudar a un bombero a rescatar una vida, aún sabiendo los riesgos que esto implica.	1	2	3	4	5
14 Sigo mis presentimientos para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
15 Cuando nada nuevo sucede, busco algo emocionante que hacer.	1	2	3	4	5
16 Intentaría hacer malabares como un trapecista.	1	2	3	4	5
17 Cuando voy a la tienda regreso con cosas que no tenía la intención de comprar.	1	2	3	4	5

REACTIVOS	NUNCA	OCASIONAL MENTE	INDECISO	FRECUEN TEMENTE	SIEMPRE
18 Cambio mis decisiones, porque tengo presentimientos equivocados.	1	2	3	4	5
19. Me gustaria explorar una casa vieja y abandonada durante la noche.	1	2	3	4	5
20 Tengo muchos deseos de manejar una motocicleta	1	2	3	4	5
21 Rompo cosas por descuido.	1	2	3	4	5
22 Si descubriera una isla desierta, la exploraria inmediatamente sin pensar en el riesgo	1	2	3	4	5
23 Actuo impulsivamente.	1	2	3	4	5
24. Me gusta experimentar sensaciones nuevas y diferentes	1	2	3	4	5
25 Inicio varios proyectos o actividades al mismo tiempo.	1	2	3	4	5
26 El salto en paracaídas es un pasatiempo que me atrae.	1	2	3	4	5
27 Mis acciones parecen ser apresuradas.	1	2	3	4	5
28 Escalar montañas es un deporte que me atrae	1	2	3	4	5
29 Creo que pensar las cosas cuidadosamente, les quita la mitad de la diversion.	1	2	3	4	5
30 Explorar lugares peligrosos de la ciudad me parece divertido.	1	2	3	4	5

APENDICE 3

REACTIVOS
1 Frecuentemente me detengo a la mitad de una actividad para comenzar otra.
2 Cuando me altero digo o hago cosas de las que después me arrepiento
3 Me cuesta mucho trabajo acostumbrarme a las nuevas rutinas
4 Es difícil para mí mantener los mismos intereses por un largo tiempo, debido a que mi atención cambia frecuentemente
5 Frecuentemente digo la primera cosa que se me ocurre
6 Frecuentemente sigo mis presentimientos o intuición para resolver mis problemas
7 Cuando voy a la tienda, frecuentemente regreso con cosas que no tenía la intención de comprar
8 Frecuentemente tengo que cambiar mi decisión porque tuve presentimientos equivocados o primeras impresiones erróneas
9 Frecuentemente rompo cosas por descuido
10 Mucha gente piensa que actúo impulsivamente.
11 Algunas veces inicio varios proyectos o actividades al mismo tiempo.
12 Muchas de mis acciones parecen ser apresuradas
13 Creo que pensar las cosas cuidadosamente, le quita la mitad de la diversión.
14 Nunca estaría en lugares donde puede haber víboras venenosas aún sabiendo que no me atacarían.
15 Me hago un chequeo médico cuando menos una vez al año.
16 Trato de mantenerme alejado de trabajos que requieran el uso de maquinaria o instrumentos peligrosos
17 Las personas prudentes evitan las actividades peligrosas
18 Las personas que viajan mucho se arriesgan más a sufrir un accidente.
19 Generalmente pienso cuidadosamente lo que voy a hacer y con un propósito.
20 No me gusta estar cerca de camiones que transportan gas o gasolina.
21 Me agrada más estar en casa, que viajar o explorar nuevos lugares.
22 Me angustio cuando veo trapecistas, así que yo realmente nunca lo intentaría
23 Evito algunos deportes o pasatiempos que puedan ser peligrosos.
24 No tengo muchos deseos de manejar una motocicleta.
25 Cuando estoy de vacaciones prefiero quedarme en casa para comer y dormir bien, en vez de salir a pasear
26 Considero cuidadosamente todos los aspectos de un asunto antes de tomar una decisión
27 Pienso que si algo no se ha meditado cuidadosamente, es mejor no realizarlo, aunque pueda tener resultados positivos
28 Odio cambiar la forma en que hago las cosas, aún cuando mucha gente me dice que hay una nueva y mejor forma de hacerlo
29 Casi nunca hago las cosas precipitadamente
30 Me entusiasmo menos que la mayoría de la gente ante ideas y actividades nuevas.
31 Rara vez las emociones me hacen actuar sin pensar
32 No tomo decisiones basadas sólo en mis primeras impresiones.
33 Me agrada más "Malo por conocido" que "Bueno por conocer"

34	Pierdo mucho tiempo pensando en los detalles de lo que hago.
35	Tengo una actitud reservada y precavida ante la vida
36	En conversaciones soy mejor escuchando que hablando.
37	Soy una persona que piensa detenidamente, antes de realizar un cambio
38	Siempre busco experiencias nuevas, especialmente aquellas que producen sensaciones excitantes.
39	Cruzar el Océano en un barco pequeño puede ser una maravillosa aventura.
40	Frecuentemente intento cosas nuevas sólo por diversión o emoción, aún cuando otras personas piensan que esto es una pérdida de tiempo
41	Me gusta probar cosas nuevas sólo por la emoción.
42	Me gustaria recorrer la República Mexicana con poco dinero y viajando de aventón.
43	Me gustaria ayudar a un bombero a rescatar una vida, aún sabiendo los riesgos que esto implica
44	Cuando nada nuevo sucede, generalmente busco algo emocionante que hacer
45	Busco emociones en la vida cuando se me presenta la oportunidad, aunque sea algo arriesgado
46	Me gustaria explorar una casa vieja y abandonada de noche
47	Si descubriera una isla desierta, la exploraria inmediatamente sin pensar en el riesgo
48	Me gusta experimentar sensaciones nuevas y diferentes
49	El salto en paracaídas es un pasatiempo que me atrae
50	Pienso que puedo disfrutar el escalar montañas
51	Explorar lugares peligrosos de la ciudad me parece divertido.
52	Me gusta experimentar situaciones de peligro

APENDICE 4

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (E. I.)

INSTRUCCIONES: a continuación se le presentan una serie de frases, léalas cuidadosamente y encierre en un círculo la opción que a su criterio describa mejor lo que usted haría en cada situación. Marque sólo una opción.

REACTIVOS	NUMA	OCASIO NALMENTE	INDECISO	FRECUEN TEMENTE	SIEMPRE
1 Busco experiencias nuevas, especialmente aquellas que producen emociones fuertes.	1	2	3	4	5
2 Me hago un chequeo médico cuando menos una vez al año.	1	2	3	4	5
3 Considero cuidadosamente todos los aspectos de un asunto antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
4 Me detengo a la mitad de una actividad para comenzar otra.	1	2	3	4	5
5 Cruzar el Océano en un barco pequeño puede ser una maravillosa aventura.	1	2	3	4	5
6 Trato de mantenerme alejado de trabajos que requieran el uso de maquinaria o instrumentos peligrosos.	1	2	3	4	5
7 Pienso que si algo no se ha analizado cuidadosamente, es mejor no realizarlo.	1	2	3	4	5
8 Cuando me enojo digo o hago cosas de las que después me arrepiento.	1	2	3	4	5
9 Intento cosas nuevas sólo por diversión o emoción.	1	2	3	4	5
10 Las personas prudentes evitan las actividades peligrosas.	1	2	3	4	5
11 Hago cosas sin pensarlas cuidadosamente.	1	2	3	4	5
12 Me cuesta mucho trabajo acostumbrarme a las nuevas actividades.	1	2	3	4	5
13 Me gusta hacer cosas nuevas sólo por la emoción.	1	2	3	4	5
14 Las personas que viajan mucho se arriesgan más a sufrir un accidente.	1	2	3	4	5
15 Las emociones me hacen actuar sin pensar.	1	2	3	4	5
16 Me gusta experimentar situaciones de peligro.	1	2	3	4	5
17 Me gustaria recorrer la República Mexicana sin dinero y viajando de aventón.	1	2	3	4	5

REACTIVOS	NUNCA	OCASIONAL MENTE	INDECISO	FRECUEN TEMENTE	SIEMPRE
18 Pienso cuidadosamente lo que voy a hacer y con un propósito.	1	2	3	4	5
19 Tomo decisiones basadas sólo en mis primeras impresiones.	1	2	3	4	5
20 Digo la primera cosa que se me ocurre.	1	2	3	4	5
21 Me gustaría ayudar a un bombero a rescatar una vida, aún sabiendo los riesgos que esto implica.	1	2	3	4	5
22 Evito estar cerca de camiones que transportan gas o gasolina.	1	2	3	4	5
23 Pierdo mucho tiempo pensando en los detalles de lo que hago.	1	2	3	4	5
24 Sigo mis presentimientos para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
25 Cuando nada nuevo sucede, busco algo emocionante que hacer.	1	2	3	4	5
26 Intentaría hacer malabares como un trapecista.	1	2	3	4	5
27 Tengo una actitud reservada y precavida ante la vida.	1	2	3	4	5
28 Cuando voy a la tienda, regreso con cosas que no tenía la intención de comprar.	1	2	3	4	5
29 Busco emociones en la vida cuando se me presenta la oportunidad.	1	2	3	4	5
30 Evito los deportes que puedan ser peligrosos.	1	2	3	4	5
31 En conversaciones soy mejor escuchando que hablando.	1	2	3	4	5
32 Cambio mis decisiones, porque tengo presentimientos equivocados.	1	2	3	4	5
33 Me gustaría explorar una casa vieja y abandonada de noche.	1	2	3	4	5
34 Tengo muchos deseos de manejar una motocicleta.	1	2	3	4	5
35 Pienso detenidamente antes de realizar un cambio.	1	2	3	4	5
36 Rompo cosas por descuido.	1	2	3	4	5
37 Si descubriera en una isla desierta, la exploraría inmediatamente sin pensar en el riesgo.	1	2	3	4	5
38 Actuo impulsivamente.	1	2	3	4	5

REACTIVOS	NUNCA	OCASIONAL MENTE	INDECISO	FRECUEN TEMENTE	SIEMPRE
39.Me gustaría experimentar sensaciones nuevas y diferentes.	1	2	3	4	5
40.Inicio varios proyectos o actividades al mismo tiempo.	1	2	3	4	5
41.El salto en paracaídas es un pasatiempo que me atrae.	1	2	3	4	5
42.Mis acciones parecen ser apresuradas.	1	2	3	4	5
43.Escalar montañas es un deporte que me atrae.	1	2	3	4	5
44.Creo que pensar las cosas cuidadosamente, les quita la mitad de la diversión.	1	2	3	4	5
45 Explorar lugares peligrosos de la ciudad me parece divertido.	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFIA

- Abel, E.L. y Zeidenberg, P. (1985). *Age, Alcohol and Violent Death: A postmortem study*. *Journal of Studies on Alcohol* 46: 228-231.
- Abrams, D.B. (1983) Psycho-social assessment of alcohol and stress interactions: Bridging the gap between laboratory and treatment outcome research. In L.A. Pohorecky & J. Brick (eds.), *Stress and alcohol use*. New York: Elsevier.
- Abrams, D.B. y Niaura, R.S. (1987). Social Learning Theory. En: Blane, H.T. y Leonard, K.E. (Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*, New York: Guilford Press, 131-172.
- Arnold; Eysenk; Meili (1979). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Ediciones Rioduero.
- Ayala, H.E. (1993). *El curso del Alcoholismo: Una visión psicológica*. *Revista de Investigación Psicológica*, 3, 1, 5-36.
- Ayala, H.E.; Echeverría, S. L.; Sobell, M. B.; Sobell, L. C. (1997), Auto-control Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México (en prensa).
- Bandura, A. (1969). *Principies of Behavior Modification*. New York: Rinehartand Winston.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Engelwood Cliff, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. Y Walters, R. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid, España: Alianza.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, inc. Englewood Cliffs, New Jersey, pp. 7-247.
- Baron, R.A. (1977). *Human Aggression*, New York: Plenum Press.

Borges, G.; Natera, G.; Garrido, F.; Cárdenas, V.; Ibarra, J. y Pelcastre, B. (1992). *Consumo de bebidas alcohólicas y conductas violentas en Naucalpan de Juárez, Edo. de México*. Revista ABP-APAL, 14(4): 128-136.

Bradford, J.; Greenberg, D.; y Motayne, G. (1992). *Substance Abuse and Criminal Behavior*. Psychiatric Clinics of North America; Sep, Vol 15 (3) 605-622.

Buss, A.H. (1961). *The Psychology of Aggression*, New York: John Wiley and sons, Inc.

Cloninger, C.; Sigvardsson, S.; y Bohman, M. (1988). *Childhood Personality Predicts Alcohol Abuse in Young Adults*. Alcoholism Clinical and Experimental Research; Jul - Aug Vol. 12 (4) 494 - 505.

Chaudron, C.D. y Wilkinson, D.A. (1988). *Theories on Alcoholism*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Cherpitel, C.J. (1993) *Alcohol, Injury, and Risk-Taking Behavior: Data from a National Sample*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Vol.17, No.4, July/August pp. 762-766.

De la Fuente Muñiz, R. (1980). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Diccionario de Ciencias de la Conducta. (1987). México: Trillas.

Encuesta Nacional de Adicciones (1993): Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Resultados Nacionales.

English, H.B. (1977). *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Vol.3

Esparza, S.A.; Pacheco, V.L.; y Rojas, N.V. (1994). *Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato y que solicita ayuda psicológica en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (C.A.V.I.)*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Friedrich, Dorsch (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder. pp. 19-20.
- García Rojas, F. (1985). *Alcoholismo y Violencia. El Alcoholismo en México. Tomo I: Patología*, pp. 205-216.
- García, F.J. y Martínez, B.J. (1989). *Algunas Perspectivas Teóricas Acerca de la Agresión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Goldman, M.S.; Brown, S.A.; y Christiansen, B.A. (1987). *Expectancy Theory: Thinking About Drinking*. En: Blane, H. T. Y Leonard, K.R. (eds) *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*, New York: Guilford Press, 181-220.
- Goldstein, J. (1978). *Agresión y Delitos Violentos*. México: El Manual Moderno.
- González-Forteza, C.; Andrade, P.; Jiménez, A. (1997). *Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos*. *Salud Mental* Vol. 20, No. 1, marzo.
- Graña Gómez, J.L. (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Cap.2 *Teorías explicativas de las drogodependencias*. España: De. Debate, S.A.
- Gustafson, R. (1993). *What Do Experimental Paradigms Tell Us about Alcohol-Related Aggressive Responding?* *Journal of Studies on Alcohol: Alcohol and Aggression*. Supplement No.11, Sept.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study*. New York: Academic Press.
- Jiménez, A.; Senties, H.; y Ortega, H. (1997). *Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida*. *Salud Mental* Vol. 20, No. 1, marzo.
- Kelly, T. y Cherek, D. (1993). *The Effects of Alcohol on Free-Operant Aggressive Behavior*. *Journal of Studies on Alcohol: Alcohol and Aggression*. Supplement No.11, Sept.

Kerlinger, F.N. (1982). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Mc Graw-Hill.

Macerman, H. (1943). *Behavior and Neurosis*. University of Chicago, U.S.A.

Marlatt, G.A. (1978). Behavioral Assessment of Social Drinking and Alcoholism. En: Marlatt, G.A. y Nathan, P.E. (Eds) *Behavioral Approaches to Alcoholism*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Martínez, L.P.; y Díaz, C.C. (1992). *Estudio sobre causas de mortalidad de 428 pacientes alcohólicos*. Acta Psiquiátrica, Revista Psicológica de América Latina, 38(4): 310-316.

Mayfield, D.G. (1968). Psychopharmacology of alcohol: I. Affective change with intoxication drinking behavior and affective state. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 314-321.

Mayfield, D., y Allen, D. (1967). Alcohol and Affect: A psychopharmacological study. *American Journal of Psychiatry*. 123, 1345-1351.

Medina-Mora, M.E.; Rojas, E.; Galván, J.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Juárez, F.; Villatoro, J.; López, E.; Olmedo, R.; Ortiz, E. y Ñequiz, G. (1993). Nacional. En: *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar*, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud (ed), México, D.F.

Mello, N.K., y Mendelson, J.H. (1972). Drinking patterns during work-contingent and noncontingent alcohol acquisition. *Psychosomatic Medicine*, 34, 139-164.

Milgram, G. (1993). *Adolescents, Alcohol and Aggression*. Journal of Studies on Alcohol: Alcohol and Aggression. Supplement No. 11, Sept.

Miller, P.M. y Eisler, R.M. (1977). *Assertive Behavior of Alcoholics: A descriptive analysis*. Behavior Therapy, 8, 146-149.

Nagoshi, C.; Wilson, J.; y Rodríguez, L. (1991). *Impulsivity, Sensation Seeking, and Behavioral and Emotional Responses to Alcohol*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol 15, No 4, pp 661-667.

Nathan, P.E., y O'Brien, J.S. (1971). An experimental analysis of the behavior of alcoholics and nonalcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary precursor of behavior therapy? *Behavior Therapy*, 2, 455-476.

Pattison, E.M. (1976). Conceptual Approache to Alcoholism Treatment Goals. *Addictive Behaviors*, 1: 177-192, New York: Guilford.

Pattison, E.M.; Sobell, M.B.; y Sobell, L.C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependance*. New York: Springer.

Peele, S. (1985). *The meaning of addicton: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, M.A. Lexington Books.

Rascon, G.M. y Medina-Mora, M.E. (1993). El consumo de bebidas alcohólicas y drogas en distintas poblaciones. *Las Aportaciones Mexicanas a la Psicología: La Perspectiva de la Investigación*. Alcaráz, R.V.M.; Bouzas R.A. (Ed), (en prensa).

Rosovsky, H.; Casanova, L.; Gutiérrez, R. y González, L. (1994). Los accidentes y la violencia en México: El consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.

Sayatte, M.; Wilson, M.; and Elias, M. (1993). *Alcohol and Aggression: A Social Information Processing Analysis*. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 54, July, pp 399-407.

Secretaría de Salud (1994). CONADIC, Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.

Shipley, T.E. Jr. (1987). Opponent Theory Process. En: Blane, H.T. y Leonard, K.E. (Eds) *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*, New York: Guilford Press, 346-383.

Skinner, H.A.; Horn, J.L. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide: Addiction Research Foundation, Canada. (EDA) Traducida por Echeverría, L.; Oviedo, P.; et. al. Facultad de Psicología (en prensa).

Taylor, S.P. y Chermack, S.T. (1993). Alcohol, Drugs and Human Physical Aggression. Journal of Studies on Alcohol: Alcohol and Aggression. Supplement No. 11, Sept.

Velásco Muñoz-Ledo, M. (1985). La Concepción de Problemas Asociados al Consumo de Alcohol en la Historia de México. El Alcohismo en México. Tomo II: Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. 193-217.

Wierik, E. (1988). Factors Influencing Behavior in Relation to Alcohol. *Theories on Alcoholism*. (Eds) C.D.: Chaudron and Wilkinson, 204-220.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the optimal level of arousal*. New York: Wiley.

Zuckerman, M. y Spielberg, Charles, D. (1976). *Emotions and Anxiety*. New Concepts, Methods and Applications. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.