

14/1
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

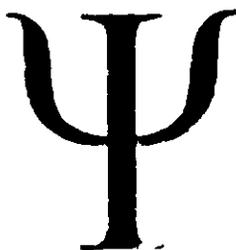
FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIFERENCIAS POR GENERO EN UN GRUPO DE
PERSONAS QUE ACUDEN A UN TRATAMIENTO
PARA BEBEDORES PROBLEMA

T E S I S

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

DIRECTOR DE TESIS: LIC LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE



CIUDAD UNIVERSITARIA

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 5296



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Hector Ayala Velasquez por darme la oportunidad de desanvolverme profesionalmente y formarme dentro del área de investigación además de permitirme trabajar dentro del programa de bebedores problema

A la Lic. Leticia Echeverría, por todo el apoyo que siempre he recibido, las palabras de aliento cuando el mundo se me cerraba, la enorme paciencia y disposición, el optimismo que lo más difícil hacía parecer fácil y la alegría con la que tomas la vida son cosas que admiro y agradezco enormemente, mil gracias Lety.

Al Psic. Miguel Angel Medina, simplemente sin ti hubiera estado totalmente perdida, haz sido mi apoyo en todo momento, mi refugio, mi maestro, por la enorme paciencia, la franqueza, y salvarme mil veces, tu enorme ayuda, en fin, por todo, gracias por ser un verdadero amigo

A Mis sinodales por brindarme un poco de su tiempo, su apoyo y entrega de conocimientos los cuales me fueron de valiosa utilidad

Lic. Nury domenech

Mtro. Fernando Vázquez

Mtro. Isaac Seligson

A la Lic. Noemi Barragán por facilitar y hacer más grata la recopilación de datos dentro del centro
Oswaldo Robles

A mis compañeros del programa de bebedores problema por "las porras" para seguir adelante

Eunice, nadie más que tu sabe lo que ha costado y siempre haz estado ahí para apoyarme, en todo momento como escucha, confidente, mi salvación, casi mi madre, muchas gracias Eu, eres una gran amiga

Marybel por ser mi escucha, salvarme de mí misma, por ser mi amiga de toda una vida

La presión que han hecho me a ayudado a no rendirme, agradezco la amistad que me han dado que es de un enorme valor para mí, mil gracias por todo Héctor, Luis, Angel, Miguel, Carlos.

A mis tíos por el apoyo de siempre

DEDICADO A

Papi, eres mi ejemplo, la fuerza que me hace seguir siempre adelante, un gran señor ha quien le debo todo lo que soy, y a quien llevo siempre en mi pensamiento

Mami, te agradezco por todo el apoyo de siempre, por darme todo tu amor, comprensión, preocupación, fortaleza y entusiasmo para que nunca desista, eres una gran mujer, te admiro

Los quiero muchísimo

A mis hermanas Jero e Ivonna por brindarme su cariño, ser mis cómplices, escuchas, mis protectoras y parte de mi ser, que hubiera hecho sin ustedes, lo agradezco a dios el que me diera su presencia, gracias por aguantarme que se que es muy difícil, las quiero mucho

A Jorge Luis por ser mi alegría

A Jorge por todo el apoyo en los momentos difíciles

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I	
EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	1
CAPITULO II	
IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE GENERO	10
CAPITULO III	
ALCOHOL Y GENERO	18
CAPITULO IV	
METODO	32
CAPITULO V	
RESULTADOS	38
DISCUSION Y CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFIA	64

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo identificar si existen diferencias de género entre aquellas personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema y si estas diferencias marcan los resultados obtenidos a corto plazo, con la finalidad de adecuar las características del tratamiento al género de las personas. La muestra se conformó del total de mujeres que fueron atendidas en el programa de Auto-Control dirigido a bebedores problema, las cuales fueron apareadas con 63 hombres con edad y nivel educativo similar, que fueron atendidos dentro del mismo programa; en total, la muestra quedó formada por 126 sujetos. Se utilizó un diseño de tipo pre-experimental de investigación ex-post-facto, en la cual la variable independiente no es manipulada por el experimentador, siendo el estudio exploratorio. Se realizó un análisis comparativo entre hombres y mujeres a través de los resultados del Cuestionario de Entrevista Inicial, línea Base Retrospectiva, Breve Escala de Dependencia al Alcohol y el Instrumento Situacional de Consumo de Alcohol, para detectar posibles diferencias en su patrón de consumo en el momento de ingresar al tratamiento. En la segunda parte de la investigación se describen los resultados de una comparación realizada entre los sujetos que terminaron el tratamiento y los que llegaron a tercera sesión, en base a los mismos instrumentos. Por último, en la misma sección se hace una revisión de los resultados obtenidos de las personas a las cuales se les realizó seguimiento a seis meses de concluido el tratamiento, a las que se les aplicó el Cuestionario de Entrevista de Seguimiento, Tasa de Mejoría Global y la Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol. Los resultados muestran que a pesar de tener un consumo inferior las mujeres tienen una percepción de sí mismas menos positiva, sucediendo lo contrario en los hombres, el interés por dejar de consumir alcohol parece estar guiado para ambos grupos por las pérdidas que han sufrido, mientras más pierden tienden a buscar ayuda y a obtener mejores resultados en el tratamiento. Por otra parte las mujeres que concluyen el tratamiento a diferencia de las que no terminaron mostraron tener mayor número de estudios y ser más independientes, manteniéndose la mayor parte del tiempo en la abstinencia, con un consumo moderado y excesivo más bajo, pareciéndose cada vez más al reportado por los hombres, resultado que se presenta también en los datos de seguimiento. Estos resultados nos muestran que es necesario realizar investigaciones que especifiquen claramente el proceso de tratamiento tanto para hombres como para mujeres de modo que los resultados sean reportados de la misma forma para ambos grupos, a fin de brindar la mejor opción a cada grupo.

INTRODUCCIÓN

Los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas ha sido motivo de preocupación desde mucho tiempo atrás por las autoridades de salud, y también por diversos sectores de la población en general, debido a las consecuencias que son inherentes al abuso de bebidas alcohólicas.

El consumo permitido a menudo se asocia con altos niveles de problemas, como es el caso de México, en donde la embriaguez episódica o el consumo episódico explosivo entre la población masculina es una práctica aceptada socialmente, ya que el mexicano consume alcohol con poca frecuencia pero en grandes cantidades, en donde las ocasiones de consumo son también ocasiones de embriaguez, lo cual lleva a las personas a tener fuertes problemas en varios aspectos de su vida (Medina-Mora y cols; 1988).

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 menciona que si bien en México el índice de alcoholismo no es tan elevado en comparación con otros países, paradójicamente, las consecuencias negativas por su consumo son mayores que en países con tasas de consumo per cápita más altas (Medina-Mora, M.E; Tapia Conyer, R; Villatoro, J; Sepúlveda, J; Mariño, M.C; Rascón, M.L.).

En la ENA de 1993, se realizaron una serie de entrevistas a población urbana entre 12 y 65 años de edad, dando una distribución por sexo de 45.5% para el grupo masculino y el 54.5% para el femenino.

De acuerdo a su patrón de consumo se encontró que dos terceras partes de la población a nivel nacional, pueden clasificarse como bebedores (65%), lo que permite estimar que existe poco mas de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos el 53.7% están entre los 12 a 18 años y el 70.1% se encuentra entre los 19 a 65 años.

Con respecto al género, a nivel nacional no parece haber diferencias en la distribución de bebedores, el 52.9% de ellos son varones y el resto son mujeres.

De esta forma se observa que a partir de esta década se ha comenzado a dar una considerable atención a las investigaciones de género, especialmente en relación a un tratamiento diferencial para las mujeres, debido a sus necesidades particulares, ya que históricamente la inclinación sexual se ha orientado a considerar las experiencias masculinas como normativas (Ettore, 1986,1989; Hughes,1990).

Emrick (1974), encontró que sólo el 6.2% de 47,492 individuos incluidos en una investigación para el tratamiento con personas de abuso de alcohol o alcoholismo publicada entre 1952 y 1971 fueron mujeres. De 271 artículos revisados, el 54.4% usaron todos los sujetos masculinos y sólo el 1.5% usaron sujetos femeninos.

En contraste, investigaciones realizadas en el instituto de Medicina(1990), probaron que más mujeres de lo que se esperaba recibían tratamiento, y de éstos el 36% reportó que las mujeres obtenían un mejor resultado y sólo el 4%, se encontró en los hombres.

En suma, Annis y Lisban, 1980; Emrick, 1974; Wilsnack, 1984; no encontraron evidencia en cuanto a diferencias en los resultados de género. Sin embargo, son varios los factores que pueden marcarlas, como las diferencias biológicas, las cuales indican que en las mujeres se produce un efecto más fuerte ante el alcohol que en el hombre debido al porcentaje de agua en el cuerpo, además de que intoxican más fácilmente que el hombre con dosis semejantes de alcohol, debido a la actividad enzimática (York, Ph.D. & Welte, 1994).

Otro punto es que las mujeres difieren con los hombres en las normas de consumo de alcohol; ya que es socialmente aceptado que el hombre consuma alcohol excesivamente pero no las mujeres, (Abel,1986).

En estilo de vida, en general las mujeres se exponen menos a una situación de participación de consumo de alcohol; por otro lado, algunos asumen que el incremento de los niveles de alcoholismo no son causados por el alto nivel de participación de la mujer en la sociedad; pero sí por estrés. T. Hammer y P. Vaglum,(1989), sugieren que las mujeres toman más en presencia de hombres tomadores.

L.A.M. Van de Goor (1990) reportó que los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejan en las prácticas de consumo de alcohol, conducta tradicionalmente definida como propia del sexo masculino. Con estos cambios las mujeres tienen ahora mayor ocasión para beber, la modificación en sus roles de género han afectado las normas que las limitaban a beber.

Entre los hombres, la causa más común es inicialmente el hábito de tomar sin causa aparente de problemas; en las mujeres el consumo de alcohol viene casi siempre acompañado de problemas. En otras palabras en los hombres se debe a funciones de dominio, sociales y recreativas; en las mujeres la mayor razón para tomar es el escape de la realidad y reducción de estrés (S.M.M. Lammers, 1995).

Otro reporte sugiere que la incidencia del problema de ingesta de alcohol es mayor en mujeres divorciadas y separadas mayores de 35 años (Johnson, 1982), además si aunamos a esto que las mujeres no trabajan entran en un conflicto y ellas son las que reportan patrones de consumo mayores; aunque las mujeres casadas que trabajan reportan un más alto periodo de ingesta de alcohol que las que solo son amas de casa, sin embargo, esto indica un rol dual ya que el estrés que pueden tener unas u otras, las puede llevar a ambas a tener fuertes problemas de alcohol.(Wilsnack; Wilsnack & Klassen, 1984).

En suma, podemos decir que los hombres alcohólicos toman con amigos, en bares, en la calle, en el trabajo, y por otra parte las mujeres alcohólicas lo hacen en su casa solas o con otra persona muy cercana a ella. (Lisansky, 1957; Rosenbaum, 1958; Bush & Feverlein, 1975; Mulford, 1977).

La importancia de realizar mayor número de investigaciones no es el hecho de tener mayor número de estudios de género, sino tener herramientas para comprender los factores que contribuyen al problema de alcohol y las posibles formas de solucionarlo a través de un tratamiento que brinde opciones más adecuadas a la problemática específica de cada individuo.

Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación es identificar si existen diferencias entre los hombres y mujeres con problemas en su forma de beber que acuden a un tratamiento y si estas diferencias marcan los resultados obtenidos a corto plazo, con la finalidad de adecuar las características del tratamiento al género de las personas.

A continuación se describe la temática de la presente investigación:

En el capítulo I, se expone la etiología y la problemática ocasionada por el abuso de alcohol en México; descripción hecha a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993.

En el capítulo II, se explica la importancia de realizar estudios basados en las diferencias por género a fin de obtener un tratamiento diferencial que apoye las necesidades particulares de cada grupo.

El capítulo III, describe las diferencias por género en cuanto al consumo de alcohol y las consecuencias de este para cada género; describiendo brevemente al final del capítulo el tratamiento de Auto-Control dirigido para Bebedores Problema.

En el capítulo IV, se explica el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

En el capítulo V, se presentan los resultados encontrados divididos en dos partes; la primera consta de la comparación de las características de hombres y mujeres ante el consumo de alcohol; en la segunda parte, se describen los resultados de las mujeres que terminaron el tratamiento y de las que se les realizó seguimiento a seis meses de concluido el mismo.

En el capítulo VI, se presentan las conclusiones a las que se llegó en la investigación.

CAPITULO I

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO.

Los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas han sido motivo de preocupación desde mucho tiempo atrás por las autoridades de salud, y también por los diversos sectores de la población en general; debido a las consecuencias que son inherentes al abuso de bebidas alcohólicas.

Es por esto, que el primer punto que debemos comprender es la etiología y los problemas ocasionados por el consumo de alcohol, así como la extensión y prevalencia del mismo. Al respecto, gran parte de las autoridades en la materia, están de acuerdo en que no existe una causa única, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta dependencia.

Jellinek en 1960, definió al alcoholismo como una enfermedad, y consideró que era cualquier uso de bebidas alcohólicas que ocasionara daño al individuo, a la sociedad o a ambos, y lo clasificó en tres fases: EPSILON o alcoholismo periódico o dipsomanía; GAMA o alcoholismo con incremento en la tolerancia, metabolismo celular adaptativo, síndrome de dependencia y pérdida de control, y DELTA, que incluye los síntomas de la fase previa, además de la incapacidad de abstenerse.

Por otra parte, de acuerdo con los estudios realizados por el Dr. Plaut, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos, son aquellos que:

- ▶ Responden a las bebidas alcohólicas de forma que les permite experimentar intenso alivio y relajación.
- ▶ Poseen ciertas características de personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
- ▶ Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

En estudios con pacientes alcohólicos en donde se exploró sus actitudes ante el alcohol, Varela A. (1970), distinguió tres diferentes tipos de lo que llamó "apetitos para el alcohol", el primero es el **apetito fisiológico**; este es un apetito similar al que se siente por el pan, carne, azúcar, etc; y se considera normal en ocasiones de reunión social en donde el alcohol puede llegar a ser solamente un buen aperitivo. El segundo es el **apetito farmacológico**, el cual se caracteriza por los efectos del alcohol en el Sistema Nervioso Central; como por ejemplo, algunas personas que toman cantidades relativamente pequeñas de alcohol durante varias ocasiones al día para aliviar síntomas depresivos. En pacientes que sufren de ansiedad, pequeñas dosis de alcohol actúan como sedantes o relajantes.

Por último, el **apetito patológico**, el cual es consecuencia de un habitual y prolongado uso de alcohol, que envuelve una inhabilidad para abstenerse o de parar. La inhabilidad para detenerse, es una urgente necesidad de continuar bebiendo en cantidades suficientes para producir un cierto nivel de alcohol en sangre o efectos farmacológicos. Por otra parte la inhabilidad para abstenerse es también una urgente necesidad de tomar alcohol, pero aquí el individuo tiene el control sobre la cantidad que desea tomar en cada ocasión, aunque puede abstenerse sólo por pocas horas.

El factor de que el apetito patológico sucede después de un largo periodo de abuso de alcohol, nos indica que éste es ya un estado de dependencia.

El término de alcoholismo se ha reemplazado por el de síndrome de dependencia al alcohol. Este nuevo término marca tres condiciones fundamentales:

- ▶ Etiología múltiple y desconocida en donde intervienen factores de muy diversa índole.
- ▶ Una historia natural que hace posible formular pronósticos y situar la evolución del fenómeno en el tiempo, y
- ▶ El hecho de que es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos.

Una descripción del síndrome se encuentra en la publicación de Edwards y Gross en 1976. Estos autores esquematizan al síndrome en:

- ▶ Cambios de conducta
- ▶ Cambios subjetivos
- ▶ Manifestaciones psicobiológicas.

En relación a los cambios de conducta, el sujeto a medida que evoluciona en su consumo de alcohol, va tornando sus hábitos de bebida más rígidos y estereotipados; por ejemplo, al principio el beber está en relación con el medio ambiente y queda prácticamente sujeto a las oportunidades que se le brinda espontáneamente; después comienza a existir una búsqueda más activa de oportunidades hasta que se termina con horarios, tipos de bebida, cantidad y lugares fijos.

Un bebedor en las fases finales no cambia su rutina de vida si esto implica cambios en sus hábitos alcohólicos. Y la rutina de estos sujetos gira alrededor de estos mismos hábitos.

Entre los cambios subjetivos se destacan la incapacidad de detenerse una vez que se ha iniciado la ingesta de alcohol; la apetencia desmesurada por ésta sustancia, y la atención muy canalizada hacia su búsqueda.

Entre las manifestaciones psicobiológicas destacan:

- ▶ la presencia de signos y síntomas de abstinencia que mejoran cuando vuelve a beberse alcohol.
- ▶ el fenómeno de la tolerancia que consiste en que para obtener los mismos efectos , es necesario aumentar la dosis de la droga en cada ocasión,y
- ▶ si una persona que sufría del síndrome de dependencia vuelve a beber después de un periodo prolongado de abstinencia, en poco tiempo volverá a desarrollar de nuevo el síndrome, y se encontrará tal y como estaba antes de iniciar su abstinencia.

Edwards y Gross consideran que para hacer diagnóstico el síndrome de dependencia al alcohol, no es necesario que estén presentes todos los elementos descritos; ya que no todos los casos son homogéneos, pues cada uno de ellos se distingue porque ciertos elementos destacan más que otros.

Otros enfoques nos hablan de que el alcohólico "aprende" a beber, bebe excesivamente y persiste en su consumo porque su conducta de bebedor lo recompensa y refuerza continuamente. El premio puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol, como es la supresión del estrés o la posibilidad de vivenciar experiencias distintas y agradables, el hecho de que las consecuencias negativas se presenten mucho tiempo después, como la agresividad, pérdida de familia, trabajo, etc; hacen que el sujeto lo vea como algo lejano o imposible de sucederle a él, haciendo más difícil que se decida a dejarlo.

En los jóvenes se ve como el modelo a copiar del comportamiento en el adulto, como es la aprobación de grupo, facilitación de la interacción social, o la posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo; que es lo que Bandura (1985) denominó aprendizaje vicario, es decir, el aprendizaje se da por modelamiento.

En resumen, podemos decir que existen muchos tipos diferentes de individuos con problemas de alcohol cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente, lo mismo que su iniciación en el consumo excesivo de alcohol y sus necesidades de tratamiento.

Por mucho tiempo el consumo de alcohol ha sido y es un problema que afecta a un porcentaje considerable de la población.

En México, el número de personas que consume alcohol ha incrementado; es por esto, que revisar los datos epidemiológicos nos da una visión de la relación que existe entre el alcohol y las variables socio demográficas, lo cual nos ubica dentro de una realidad que acontece en nuestro país.

En México, el consumo permitido a menudo se asocia con altos niveles de problemas; debido a que la embriaguez episódica o el consumo episódico explosivo entre la población masculina, es una práctica aceptada socialmente, ya que el mexicano consume alcohol con poca frecuencia, pero cuando lo hace, consume grandes cantidades, en donde las ocasiones de consumo, son también ocasiones de embriaguez; que los lleva a tener fuertes problemas en varios aspectos de su vida (Medina-Mora y cols; 1988).

Marty Mann (1950), sugirió que estas personas son capaces de controlar su consumo, pero no de abstenerse totalmente, es por esta razón que la moderación es una opción atractiva para este grupo de personas.

La reglamentación del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993).

Es por esto que la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, pone en relieve que si bien en México el índice de consumo de alcohol no es tan elevado en comparación con otros países, paradójicamente, como ya hemos mencionado, las consecuencias negativas por su consumo son mayores que en países con tasas de consumo per cápita más altas (Medina-Mora, M.E; Tapia Conyer, R; Villatoro, J; Sepúlveda, J; Mariño, M.C; Rascón, M.L.).

Para tratar de entender que sucede con el abuso de alcohol en México, y que cambios se han producido en cuanto a la forma de consumo, retrocederemos a la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, en la cual los resultados nos indican que en la población masculina el índice de consumo fué de 82%, mientras que en la población femenina fué de 44%.

Si se considera el grupo de población de 12 a 17 años, la proporción desciende hasta 36% en hombres y 22% en mujeres.

Se estima que el 11% de los hombres y 0.6% de las mujeres mayores de 18 años cumplen el criterio de dependencia al alcohol. En total el 48% de la población lo cumple; por cada 36 hombres que presentan el síndrome una mujer lo desarrolla; afectando principalmente a la población masculina entre 30 a 49 años; mientras que la población femenina joven (menor de 40 años), es donde se presentan los índices más bajos de abstinencia.

La proporción de bebedores en diferentes ciudades del país oscila entre el 70% y el 85% de la población masculina y entre el 42% y 51% de la población femenina, la población de bebedores consuetudinarios oscila entre el 12% y 36% de la población masculina y entre el 1% y 6% de la femenina.

Por otra parte la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993, nos muestra que a nivel nacional existe una prevalencia de consumo de alcohol, en la población urbana de entre 12 a 17 años de 27.6%, mientras que los individuos de 18 a 65 años es de 53.5%.

Aproximadamente la quinta parte de los hombres de 18 a 65 años consumen bebidas con una frecuencia de embriaguez de por lo menos una vez al mes; por el contrario; para las mujeres el porcentaje es de 1%. Las bebidas de mayor preferencia son la cerveza con el 80% y los destilados con el 75%, es decir, es casi igual la frecuencia de consumo hacia estas bebidas.

El 59% del total de la población nacional de 18 a 65 años cumple con el criterio de dependencia al alcohol; para los hombres la prevalencia es de 12.5% y para las mujeres es de 0.6%.

En cuanto a la población urbana del Distrito Federal, entre los 18 a 65 años, el 16.5% de las mujeres nunca ha consumido alcohol y sólo el 4.2% de los hombres tampoco lo ha hecho; cuando el consumo es de menos de una vez al año, las mujeres tienen el 23.2% y los hombres el 12.9%, cuando el consumo es de por lo menos una vez al año, el consumo para hombres se incrementa a 82.9% y el de mujeres a 60.3%.

La frecuencia de consumo en más de una ocasión por semana es de 27.7% en los hombres y de 5.5% en las mujeres; la frecuencia de embriaguez llega a ser en hombres de 62.5% y de 13.9% en mujeres; por último, la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 nos muestra que dos terceras partes de la población a nivel nacional, pueden clasificarse como bebedores (65%), lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos el 53.7% están entre los 12 y 18 años y el 70.1% se encuentra entre los 19 a 65 años.

Con respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres; a nivel nacional no parece haber diferencias en la distribución de bebedores, el 52.9% de ellos son varones y el resto son mujeres.

Sin embargo, en un análisis intragénero se encontró que de todas las mujeres entrevistadas el 33.6% nunca había consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de los hombres sólo el 15.6% no lo había hecho.

En cuanto a estado civil se refiere, más de dos terceras partes, tanto de los casados como de los separados, en proporciones similares, consumieron alcohol en los dos últimos años. Casi el 63% de los solteros que incluyen en su mayoría a la población adolescente, bebió también en este lapso.

Con respecto al nivel educativo, se ha observado que el porcentaje más bajo de bebedores se encuentra en el grupo de personas que nunca asistió a la escuela, mientras que el consumo más elevado se encuentra entre los profesionistas; esto es, más de las tres cuartas partes de las personas que alcanzaron el nivel de licenciatura son bebedores (82.1%).

Sólo el 9.8% de los profesionistas y el 10% de los que cuentan con posgrado pueden clasificarse como no bebedores, por el contrario, casi el 34% de las personas que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

En los grupos de las mujeres de 19 a 25 años (12.9%) y de 26 a 34 años (10.3%), es decir, en el centro de la etapa reproductiva es donde se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo.

Respecto a los diferentes patrones de consumo, la mayor prevalencia (56.8%) es la de los bebedores poco frecuentes. Los bebedores se agrupan alrededor de seis patrones de consumo, de los cuales tres corresponden a los bebedores moderados de alto nivel (12.8%), los bebedores frecuentes de alto nivel (5.9%) y los bebedores consuetudinarios (7.4%). El 26.1% se encuentra dentro de un grupo denominado "de alto riesgo potencial", el 10% de los adolescentes puede agruparse dentro de éstos tres grupos de riesgo, es decir, 500,000 jóvenes menores de 18 años.

Por otro lado al hablar de dependencia al alcohol se hace necesario mencionar los indicadores que nos marcan la existencia de la dependencia ya antes descrita.

Los indicadores de dependencia (ICD-10), incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia de abuso y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia.

Se considera que hay dependencia cuando se encuentran presentes cuando menos tres de éstos elementos en un periodo de 12 meses.

Para los resultados de dependencia, solamente se consideró el rubro de la población entre 19 a 65 años de edad, la frecuencia total de dependientes fué de 9.4%, es decir, poco más de tres millones de personas de edad adulta que presentaron tres o más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol.

De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fué del 19.5% y del 1.2% la femenina; sin embargo, mayor número de estudios sugieren que el abuso de alcohol para ambos sexos es diferencial, en general, las mujeres prefieren la abstinencia mucho más que los hombres y por el contrario reportan menor abuso o dependencia hacia el alcohol.

Resumiendo los datos de ambas encuestas podemos observar que ha ido en aumento el porcentaje de personas que consumen algún tipo de bebidas alcohólicas y que a pesar de que el consumo ha sido mayor en los hombres, las mujeres han comenzado a tener un considerable aumento en su forma de consumo, además de que el rango de edad, lamentablemente ha ido disminuyendo a edades más tempranas, es decir, se ha comenzado a ver una participación mayor de los adolescentes en el consumo de alcohol, además de una dependencia mayor en la población total y en las mujeres este incremento es más acentuado.

En conclusión podemos decir que las mujeres mantienen altas tasas de abstinencia y bajas de consumo consuetudinario, además de que parecen ser más fuertes a las influencias externas. Sin embargo, a pesar de que el consumo en mujeres es en general más bajo, las de menor edad tienden a beber con mayor frecuencia, lo que nos comienza a indicar un posible cambio en las normas que moldean la práctica de consumir alcohol.

CAPITULO II :

IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE GENERO.

La palabra género se refiere a las características y conductas apropiadas de los miembros de cada categoría sexual, esto implica que la identificación de un individuo como masculino o femenino dependa de un proceso de atribución, de ésta forma si hablamos de diferencias sexuales nos referiremos a cuestiones biológicas y si hablamos de diferencias de género estaremos hablando de atributos sociales.

A través del tiempo se ha tratado de hacer notar que los hombres y las mujeres son diferentes, aunque muchas de éstas frases radican en el hecho de que los hombres son superiores a las mujeres, como menciona Henry Higgins (1968), el cual argumenta que esta superioridad lo prueba el mayor estatus público que tiene el hombre y que la mujer no posee.

Sin embargo la creencia de que los hombres son intelectualmente superiores a las mujeres radica en que los dos sexos tienden a seleccionar actividades intelectuales diferentes; la preponderancia de chicos estudiando ciencias, matemáticas ingeniería y arquitectura y la concentración de chicas en biología, artes y estudios de lenguaje sustentan esta postura.

Las diferencias sexuales tienen un rol importante en la forma en que se ve a un hombre y a una mujer, ya que por ejemplo, la menor fuerza y concentración muscular en la mujer ha dado origen a pensar en la debilidad de ellas y en la fortaleza de ellos, lo que induce a demandar ocupaciones que vayan de acuerdo a las "incapacidades" de las mujeres.

Posturas como ésta la apoyan culturas en donde ciertas religiones dicen que dios creó a la mujer para ser ayudada y protegida por el hombre.

Estas ideas son el resultado de una sociedad de hombres que espera un servicio y una baja realización de las mujeres; es decir, se espera que la mujer vea por sus hijos, esté en su casa, paciente, tierna, y sensible; lo que es su rol como ama de casa y madre.

Lakoff (1975); Strodbeck & Mann (1956), postularon que las diferencias de género son el resultado de una socialización diferenciada para hombres y mujeres, la tendencia de las mujeres por una expresividad social y emocional y la orientación de los hombres hacia la dominancia e independencia son aspectos vistos como característicos de la masculinidad y femineidad.

Therman y Miles realizaron un prototipo de investigación sobre masculinidad y femineidad, de estos se desprendieron que los atributos psicológicos masculinos y femeninos son opuestos y que sus características dependen de los estereotipos culturales por género.

Lewin,(1984) y Rosenber (1982), mencionaron que la masculinidad se asocia con la extroversión, actividad, independencia, auto-confianza, y la femineidad con la introversión, timidez, dependencia, sentimentalismo y expresividad; este estudio fue encontrado exagerado en sus aseveraciones, se encontró que el estudio incluía una devaluación de las características femeninas e ideas estereotipadas (Broverman; Clarkson & Rosenkrantz; Carlson; Helson; Weisstein).

Un estudio de estereotipos en género en 30 naciones reportaron una considerable uniformidad cultural en la asignación de conductas específicas para cada sexo (Williams and Best, 1982).

En otro estudio realizado por Williams y Bennett (1975), en estudiantes de universidad consistió en que éstos indicaran cuáles adjetivos de una lista de 300, eran típicamente asociados con hombres o con mujeres.

De estas listas los resultados indicaron que 30 adjetivos describían a las mujeres y 33 a los varones con una clasificación de positivo (+), negativo (-), y neutral (0). Clasificación descrita a continuación.

Adjetivos asociados con mujeres en una clasificación evaluativa.

afectiva	-	femenina	+	prudente	-
afectable	+	voluble	-	atolondrada	-
apreciable	+	coqueta	0	sensitiva	0
atractiva	+	frivola	-	sentimental	0
agradable	0	apasionada	-	benigna	0
complaciente	-	gentil	+	sofisticada	0
dependiente	0	agresiva	0	sumisa	0
soñadora	0	humilde	0	parlanchina	0
emocional	0	dulce	0	débil	-
excitable	0	criticona	-	llorona	-

Adjetivos asociados con hombres en una clasificación evaluativa

aventurado	+	desordenado	-	realista	+
agresivo	0	dominante	0	robusto	0
ambicioso	+	emprendedor	+	discreto	0
asertivo	0	poderoso	0	severo	0
autocrítico	0	atractivo	0	estable	0
arrogante	-	independiente	+	seguro	+
grosero	-	alegre	0	severo	0
confidente	+	lógico	+	fuerte	0
intrépido	+	chillón	-	rudo	0
cruel	0	masculino	0	insensible	0
audaz	-	racional	+	inexcitable	0

De estos adjetivos las mujeres indicaron 5 como favorables y a 10 le asignaron un valor negativo; por otro lado los hombres indicaron que 10 valores eran positivos en ellos y 5 como negativos lo que nos da una apreciación de lo que mujeres y hombres piensan acerca de ellos mismos y del poder que tienen los estereotipos dentro del género .

Archer (1985) sugiere que los hombres y mujeres poseen distintas habilidades y que éstas se ven reflejadas en el tipo de actividad que desempeñan, en las oportunidades de trabajo, educación, entrenamiento, aspiraciones, y motivos para realizar cierta actividad.

La influencia más directa de los estereotipos es la idea que refuerza que hay trabajos para hombres y trabajos para mujeres.

Lara (1992), menciona que éstos roles han cambiado, aunque todavía tienen cierta influencia tradicionalista. Se ha dicho que las mujeres con mejores posiciones económicas, han sido capaces de trabajar fuera del hogar porque tienen los medios económicos para pagar a otras mujeres para que se ocupen del trabajo de la casa y no porque el hombre esté participando más en las actividades tradicionales de la mujer.

Este autor ha reportado cierta evidencia de cambio en los estereotipos de género, en un estudio que abarcó a diferentes niveles socioeconómicos encontró que los 3 roles más importantes atribuidos a mujeres de clase baja fueron "ser responsable de la familia", "ser la compañera del hombre" y "estar hecha para las actividades de la casa". A las mujeres de clase alta se les atribuyeron los siguientes roles: "ser la compañera del hombre", "ser iguales al hombre" y "ser el centro de la familia".

Para las mujeres de clase baja los valores más importantes fueron aquellos que estaban ligados a los roles tradicionales como "ser limpia" o ser "una mujer de su casa" mientras que para las mujeres de niveles altos el valor más apreciado fue "el ser inteligente", los atributos menos apoyados fueron ser "sufrida", "sumisa", "aguantadora" y "aventada".

En otro tipo de estudios Díaz-Loving, Canales y Gamboa (1988), encontraron que hombres y mujeres definen y evalúan su relación interpersonal de manera distinta. Las mujeres atribúan al amor romántico un componente de mayor cariño y confianza, mientras que los hombres lo consideraban cursi y le atribúan conceptos de pasión y sexo. Las mujeres perciben el amor conyugal más agradable, tierno y duradero que los hombres quienes le dan más importancia al sexo, al apoyo y a la responsabilidad.

Pick, Díaz-Loving y Andrade (1988), encontraron que las mujeres piensan que los hombres son más infieles, además de que reportaron más aceptación de la infidelidad de sus parejas que los hombres.

La importancia de los estudios de género es tratar de entender la relación que existe entre hombres y mujeres, para poder encontrar diferencias que nos ayuden a comprender la condición humana y nos de bases para entender las necesidades particulares de cada grupo, en la mejor forma posible.

La cultura mexicana establece diferencias especialmente marcadas entre géneros. Esta diferenciación, con profundas raíces históricas, influye en la manera en que hombres y mujeres se perciben a sí mismos, perciben al mundo que los rodea y actúan en consecuencia. Una de las áreas en que ésta diferenciación se hace muy evidente es en torno a las normas y conducta de consumo de bebidas alcohólicas.

A partir de ésta década se ha comenzado a dar una considerable atención hacia las investigaciones hechas en mujeres, especialmente en relación a un tratamiento diferencial para ellas, debido a sus necesidades particulares, ya que históricamente la inclinación sexual se ha orientado a considerar las experiencias masculinas como normativas, es decir, en mostrar una evidente confianza en los estudios de sujetos hombres y en no incluir, o sólo un pequeño porcentaje de sujetos femeninos en sus estudios de tratamiento. (Ettorre, 1986, 1989; Hughes, 1990).

Emrick (1974), encontró que sólo el 6.2% de 47,492 individuos incluidos en una investigación para el tratamiento con personas de abuso de alcohol o alcoholismo, publicada entre 1952 y 1971 fueron mujeres. De 271 artículos revisados el 54.4% usaron todos los sujetos masculinos y el 1.5% usaron sujetos femeninos.

Una década después Vannicelli y Nash (1984) encontraron estudios en los que sólo el 7.8% de los sujetos eran mujeres, entre 1972 y 1980; sin embargo, este aumento se debía a que en los primeros estudios los investigadores eran predominantemente hombres y en estudios más actuales el incremento de autores o investigadores femeninos trajo consigo un incremento en la proporción femenina de sus sujetos, gracias a este incremento se ha logrado observar y comprobar que existen diferencias en cuanto a los datos que arrojan por separado las mujeres, de los datos de los hombres, y no sólo en los datos, sino que también los antecedentes, familia y consecuencias, son diferentes para cada género (Blume, 1986, 1990; Celentano, 1980; Lex, 1991; Schmidt, 1990; Wilsnack & Wilsnack 1991).

De 142 estudios de tratamiento de problemas de alcohol el 91.5% incluyeron en mayor número sujetos masculinos.

En estudios que se han enfocado a los aspectos sociales del alcohol, se ha encontrado que las diferencias en conducta, en las concepciones que tienen los hombres y las mujeres, sus expectativas y nivel de frustración; se reflejan en su respuesta frente a esta práctica. Por estos motivos es importante estudiar las variaciones en las normas de género y su repercusión en el consumo de bebidas alcohólicas. Es por esta razón que dar evidencia basada en estudios de un sólo género no es necesariamente válido para otro género.

La reacción de los hombres y las mujeres ante el alcohol puede ser entendido usando un modelo que prediga que la reacción ante el alcohol dependerá del contexto social en el cual ocurre el consumo y las expectativas que la persona tiene acerca de cómo lo afectará.

La protección de las mujeres que abusan del alcohol sólo incrementa las consecuencias de su consumo excesivo, esta protección se debe a que las familias tienden a colocar en un pedestal a la imagen materna, por lo que concebirla en una posición de "alcohólica" no es permitido ni aceptado (Abad & Suárez, 1975; NIAAA, 1978; Obesco & Bordatto, 1979; Sanchez-Picks, 1978).

Por otra parte, Toneatto (1992) revisó estudios de tratamiento en adicciones de 1984 a 1989 en reportes de diferencias sexuales y encontró una alta proporción de sujetos femeninos incluidos en las investigaciones.

Clemons (1985), condujo un análisis de una investigación entre mujeres y alcohol y encontró que el número de estudios ha continuado incrementando cada década desde 1930 a 1975, con algunas declinaciones en los estudios después de 1975.

Schmidt (1990) revisó 112 artículos indicadores de la relación de los problemas de alcohol en mujeres y reportó también un incremento en los estudios de mujeres.

Sin embargo, Toneatto (1992) encontró que si existe un incremento en el número de mujeres que se incluyen en un tratamiento, pero que son pocos los estudios que evalúan las diferencias de género encontradas en los resultados del mismo.

En contraste, investigaciones realizadas en el instituto de Medicina (1990), probaron que más mujeres de lo que se esperaba recibían tratamiento, de éstos el 36% reportó que las mujeres obtenían un mejor resultado y sólo el 4% , se encontró en los hombres, el 60 % restante, reportó no tener diferencias de género en sus resultados. En suma (Annis & Liban, 1980; Emrick, 1974; Wilsnack 1984), no encontraron evidencia que apoyara el hecho de que existieran diferencias en los resultados de género, o de que las mujeres fueran ignoradas en los tratamientos de consumo de alcohol.

Por otra parte los investigadores que utilizaron predominantemente sujetos femeninos dieron razones convincentes por las cuales usaron mayor o totalmente sujetos femeninos, mientras que los investigadores con estudios predominantemente en hombres no dieron razones convincentes o no tuvieron una razón la cual apoyara su estudio.

Además de que los estudios femeninos frecuentemente en sus resultados indicaban que los datos pertenecían específicamente a sujetos femeninos, por el contrario en estudios de hombres, los autores describían las experiencias masculinas como generalizables o de ambos grupos.

Es por esto que la necesidad de investigar de forma individual es tratar de entender lo que ocurre y el impacto que tiene la inclinación sexual en un área particular, para de esta forma identificar las necesidades de cambio y conducir una investigación que pueda promover dichos cambios en cuanto a género y las conductas adictivas en general.

CAPITULO III

ALCOHOL Y GENERO.

Los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejan en la práctica del consumo de alcohol, conducta tradicionalmente definida como propia del sexo masculino

Con estos cambios, las mujeres tienen ahora más ocasión para beber, la modificación en sus roles de género han afectado las normas que las limitaban a beber. Es por esto que cualquier persona puede presentar un problema en su forma de beber, ya sea por haber ingerido grandes cantidades de alcohol o por beber en ocasiones que se supone no debería hacerlo aunque no sea alcohólica y probablemente nunca desarrolle dependencia al alcohol.

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia al alcohol, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente en su vida diaria variará en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales.

Así es que la existencia de normas diferentes para hombres y mujeres no depende del hecho de que una mujer intoxicada pueda ser más irresponsable, deshonesto o egoísta, comparada con el hombre en las mismas circunstancias, sino porque se piensa que la mujer no debe consumir alcohol. Estas normas no dependen de argumentos, sino que son expresiones de valores (Knupfer, 1982).

El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas, por ejemplo, la dependencia y los problemas de hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aún sin que se llegue a una intoxicación notable. La mujer presenta riesgos diferentes al hombre desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico se ha encontrado que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol.

Esto se debe en parte, a la diferencia en la actividad de las enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, esta enzima es 4 veces más activa en el hombre que en la mujer.

También tiene la mujer más proporción de grasa que de agua en el organismo y debido a que el alcohol, es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (York, P.H. D & Welte, 1994).

Es por esto que las mujeres tienden a consumir menos y con una frecuencia menor, lo que crea la impresión de que las mujeres tienen menos apetito hacia el alcohol y que se intoxican menos que los hombres.

Sin embargo, en investigaciones más recientes encontradas por el RIA (York; Ph.D. & Welte, Ph. D; 1995), indicaron que cuando las mujeres toman, terminan con la misma concentración de alcohol en sangre que la que se estima en los hombres.

La razón para esto es que las mujeres tienen 25 por ciento menos de agua en el cuerpo que los hombres. Con menos agua en el cuerpo para disolver el alcohol, la misma dosis de alcohol se concentra más en la mujer que en el hombre. Esto nos indica que a pesar de que consumen menos alcohol que los hombres, los niveles de intoxicación son similares.

También se ha encontrado que la mujer alcohólica presenta mayor riesgo de desarrollar enfermedad del hígado en una edad más temprana después de un periodo menor de consumo consuetudinario y aparentemente asociado con un menor nivel de consumo que el hombre. Una vez que el hígado ha sido dañado las mujeres parecen tener el riesgo adicional de mayor mortalidad en comparación con los hombres (Dunne, 1988).

Las mujeres especialmente en el periodo premenstrual, se intoxican más rápidamente que el hombre, aún después de controlar la influencia del peso corporal (Dunne, 1988), debido a la variabilidad en el nivel de alcohol en sangre en diferentes puntos del ciclo, asociando a esta con una incidencia de depresión (Beckmann, 1979), lo que es claro es que esta depresión ocurre en algunas mujeres y en otras no, lo mismo sucede con algunas mujeres alcohólicas; esto quiere decir, que no es generalizable (Gove, W.R; 1979).

Existe una conexión entre el estado hormonal, la edad de la mujer y el desarrollo de algunas consecuencias médicas. La evidencia sugiere que las mujeres desarrollan problemas de cirrosis y complicaciones más fácilmente que los hombres (Tokuhata, G.K. Newmann, C.P. and Marshall, M.H. 1971); es decir, que las mujeres son más vulnerables a las consecuencias médicas del alcoholismo.

Otro factor importante es la edad del sujeto y el tiempo que tiene de consumo. El uso frecuente durante la adolescencia es potencialmente más peligroso debido a que los eventos endocrinos asociados a la pubertad dependen del desarrollo normal del eje Hipotálamo- pituitario. El abuso en la adolescencia puede ocasionar un retraso o detención en el desarrollo reproductivo (Smith y cols; 1987).

El abuso en la mujer se ha asociado con amenorrea y menopausia prematura. La ingesta de 4 a 8 copas al día consistentemente produce problemas en el funcionamiento menstrual (Mello, 1988).

En el hombre el uso excesivo de alcohol, provoca atrofia testicular, niveles bajos de testosterona y ginecomastia, además de menor movilidad de los espermatozoides, menos abundantes y con malformaciones (Galvao-Telest y cols, 1983).

El uso excesivo del alcohol puede producir cambios automáticos más o menos graves en distintos aparatos y sistemas del organismo, los más frecuentemente afectados son el hígado, páncreas y sistema nervioso, aunque también existe daño en el músculo cardíaco y estriado, los órganos hemopeyéticos, el aparato genital, piel y otros.

Los mecanismos bioquímicos por los que el alcohol daña los diferentes tejidos y células demuestran que el efecto tóxico del alcohol se debe a su transformación en acetaldehído, un metabolito que actúa inhibiendo a los cofactores en las reacciones de oxidación y en la generación de energía por las mitocondrias, sin embargo, este no es el único factor ya que existen además cambios secundarios como la desnutrición avanzada e infecciones respiratorias y de otros sitios.

Además de problemas de hipertensión y cáncer en donde el uso excesivo de alcohol en hombres, se asocia con el riesgo de incrementar la vulnerabilidad de tener cáncer oral, faríngeo y laríngeo y en las mujeres se asocia con el cáncer de labio, lengua, faringe y esófago (Williams y Horm,1977). Así como del tracto digestivo para ambos.

En lo que se refiere al estilo de vida, en general, las mujeres se exponen menos a una situación de participación de consumo de alcohol; por otro lado, algunos asumen que el incremento de los niveles de alcohol no son causados por el alto nivel de participación de la mujer en la sociedad; pero sí por estrés (Hammer Y Vaglum, 1989), ellos sugieren que las mujeres toman más en presencia de hombres tomadores .

L.A.M. Van de Goor (1990) reportó el mismo fenómeno y lo explica a través de la frecuencia de trabajos en donde el personal es mixto. Los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejan sin duda en las prácticas de consumo de alcohol, conducta tradicionalmente definida como propia del sexo masculino. Con éstos cambios las mujeres tienen ahora más ocasiones para beber, la modificación en sus roles de género han afectado las normas que las limitaban a beber,

Entre hombres la causa más común, es inicialmente el hábito de tomar sin causa aparente de problemas; en las mujeres el consumo de alcohol viene casi siempre acompañado de problemas. En otras palabras, en los hombres se deben a funciones de dominio, sociales y recreativas; en las mujeres la mayor razón para tomar es el escape de la realidad y reducción del estrés (S.M.M. Lammers, 1995).

Las inevitables experiencias de frustración en matrimonio, trabajo, cuidado infantil y resentimiento provocan que al alcohol lo utilicen como escape.

Socialmente es más aceptado el consumo de alcohol entre hombres que entre mujeres, hecho por el cual probablemente exista un subregistro de las tasas de consumo para el sexo femenino. Sin embargo, cuando la mujer tiene problemas con su forma de beber tiende a ser rechazada por su grupo, a diferencia del varón.

Se ha observado que cuando la mujer pide ayuda generalmente ha sufrido ya una serie de pérdidas comparativamente superiores a las que reporta el hombre que llegó al tratamiento. Al mismo tiempo ambos experimentan estrés, depresión y otras conductas sintomáticas.

Por otra parte, mayor porcentaje de mujeres con problemas de alcohol son divorciadas, separadas y las que continúan casadas trabajan en su casa y consumen alcohol de forma privada, es decir solas.

Las mujeres ven más "fuerte" su problema de alcoholismo por lo que intentan mantener su consumo en moderación.

Un tercer punto se refiere a los aspectos sociales el cual enmarca que las mujeres y hombres difieren en las normas de consumo de alcohol, ya que es socialmente aceptado que el hombre consuma alcohol excesivamente y no en las mujeres (Abel, 1986).

Otro factor se refiere a la incidencia de la conducta de tomar alcohol y el estado civil, la cual no es clara, sin embargo, en un reciente reporte sugiere que la incidencia del problema de la ingesta de alcohol es mayor en mujeres divorciadas y separadas mayores de 35 años (Johanson, 1982).

Además, si aunamos a esto que las mujeres no trabajen entra en un conflicto y ellas son las que reportan un alto porcentaje de bebedoras sociales, aunque las mujeres casadas que trabajan reportan un más alto periodo de ingesta de alcohol, que las que son sólo amas de casa, sin embargo, esto indica un rol dual, ya que el estrés que pueden tener unas u otras las puede llevar a ambas a tener fuertes problemas de alcohol. (Wilsnack, Wilsnack & Klassen, 1984).

Lisansky (1977), reportó que la mayor parte de las mujeres alcohólicas estudiadas especificaban un reciente trauma, tales como pérdida de un pariente, un divorcio, problemas médicos, los cuáles eran indicadores de su consumo de alcohol. Se encontró que se mostraban muy defensivas y con una necesidad de explicar su conducta de beber en términos de que fueron afectadas por su medio social.

Estudios encontraron que cuando las mujeres casadas tienen problemas de alcohol su matrimonio se deteriora y sus esposos asumen una posición dominante.

Dentro de los factores económicos, de acuerdo con Cartwright & Shaw (1978), pueden llegar a ser una causa del incremento del consumo de alcohol.

Jellinek en 1944 decía que el alcoholismo era una enfermedad familiar y que como tal podía transmitirse.

El rompimiento de la vida familiar debido al consumo de alcohol, muerte de un padre, divorcio, padre ausente, se sugiere como una común experiencia que puede desarrollar posteriormente problemas de alcohol, aunque este tipo de conductas se reportan más frecuentemente en las mujeres (Gomborg, 1980).

Dentro de la vida familiar Wollin, Bennett, Noonan y Teitelbaum (1980), encontraron que en una ruptura familiar existen rituales como un factor de transmisión intergeneracional del alcohol; esto sugiere que en las familias en las que uno o ambos padres ingieren alcohol, los efectos que producen en sus hijos pueden ser de rechazo o aceptación hacia el alcohol, dependiendo de si el ritual familiar fue mantenido o roto durante los periodos de ingesta alcohólica de los padres, es decir, que la familia coloque al alcohol en un papel central o en un punto secundario de su vida familiar.

Los estudios de ambiente familiar reportan evidencia que hijos de bebedores tienen más problemas que hijas de padres con este padecimiento y que en niños hijos de madres bebedoras tienen más problemas que los que tienen padres que consumen alcohol (Werner, 1986).

Godwin (1979), sugiere que los hombres descendientes de alcohólicos están más predispuestos al alcohol mientras que las mujeres a la depresión.

De hecho, en México las tasas de ambos padecimientos están claramente influidas por el género (12% de dependencia al alcohol en el hombre en comparación con el 0.6% de las mujeres; SS, 1990).

Reich (1981) adopta la teoría de la herencia y sugiere un "apareamiento selectivo" y dice que las hijas de bebedores pueden estar más propensas a involucrarse con un compañero alcohólico.

Plantea que existe un contagio entre las parejas que a la larga conduce a estilos semejantes de consumo, dato que no es generalizable.

Goodwin (1977), encontró que las familias alcohólicas presentan mayor depresión además de que los niños manifiestan mayor hiperactividad, fobia a la escuela, poco control, conductas impulsivas, y estrés.

En suma, podemos decir que los hombres que consumen alcohol toman con amigos, en bares, en la calle, en el trabajo y por otra parte, las mujeres que toman lo hacen en su casa solas o con otra persona muy cercana a ella. (Bush & Feverlein, 1975; Lisansky, 1957; Mulford, 1977; Rosenbaum, 1958).

Dentro de las investigaciones realizadas sobre consumo de alcohol se ha encontrado que las mujeres forman un grupo muy importante y vulnerable debido a que cada vez aumenta más el porcentaje de mujeres que son dependientes del alcohol y por otra parte es mucho más grande el grupo de mujeres que tienen experiencias negativas, relacionadas con el alcohol.

Un reciente estudio indica que el 16% de las mujeres que consumen alcohol han tenido serios problemas médicos, legales, familiares o de trabajo (Gerard, J. Connors, P.H.D. 1994), aunado a esto el hecho de que cada vez son más las mujeres que desempeñan un trabajo en donde se ha encontrado que ocurre una mayor tendencia a consumir el alcohol de lo que ocurre con personas desempleadas (Parker and Harford, 1992), es por esto, que así como es necesario que la mujer desempeñe labores que hasta ahora eran sólo del campo masculino, no asuma como nuevos roles la conducta de consumir alcohol en exceso (Wilsnack et, al. 1991), y de esta forma se trata de lograr que así como aumenta la integración de la mujer a mayor número de campos, también aumente el numero de tratamientos dirigidos a la mujer.

La importancia de realizar mayor número de investigaciones no es el hecho de tener mayor número de estudios de género, sino tener herramientas para comprender los factores que contribuyen al problema del alcohol, y las posibles formas de solucionarlo a través de un tratamiento que brinde opciones más de acuerdo a la problemática específica de cada individuo.

En términos de las formas más efectivas de tratamientos especiales para la mujer estos llegan a ser bastante contradictorios, van desde los que centran su atención en la ruptura de la relación matrimonial, como posible factor de mayor causa en las mujeres alcohólicas (Vannicelli, M. 1982).

La terapia familiar ha sido propuesta como importante modalidad de tratamiento (Meeks & Kelly 1970; Pattison, 1965).

Steinglass (1979), en contraste con lo mencionado notó que existe poca evidencia para aceptar la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento de alcoholismo.

Curlee (1967) escribió que las mujeres no se integran bien en terapia de grupo, y por consiguiente lo que es alcohólicos anónimos (A.A.).

Avery (1976), señala la necesidad de orientar a las mujeres alcohólicas a actividades de grupo, lo contrario de lo que opina Curlee, Battegay y Ladewig (1970), opinan que sería más efectivo un tratamiento de grupo.

Finalmente en el campo clínico hay una considerable contradicción de que al crear programas para mujeres, se debe planear de forma que sean tratadas en programas no mixtos y por un terapeuta femenino (Birchmore & Walderman, 1975; Calobrisi, 1976).

Lamentablemente, son pocos los estudios que han tratado de probar la efectividad y la posible aplicación de éstas propuestas a tratamientos reales. (Ruggels, Loebel & Lotridge 1977).

Es por esto que la más prudente conclusión es que hay similitudes y diferencias en los antecedentes, así como en el curso y consecuencias del alcoholismo para ambos sexos. Si tomamos en cuenta tales aspectos podemos saber que no es posible dar el mismo tratamiento a ambos sexos, por lo que es necesario buscar alternativas que permitan dar una mejor opción y solución a sus problemas.

Como ya hemos mencionado el patrón de consumo más frecuente en México, es aquel que se caracteriza por ser esporádico, pero excesivo, que consiste en tener periodos largos de abstinencia o bien un consumo moderado no problemático con episodios de consumo excesivo, causándole graves consecuencias; siendo éste patrón el que caracteriza a un bebedor problema (ENA, 1993).

El bebedor problema es aquella persona que tiene problemas con su consumo, pero no ha experimentado los síntomas graves de la abstinencia.

Los programas de tratamiento para ésta población no han sido de gran utilidad, ya que usan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir, la meta de estos tratamientos está orientada hacia la abstinencia, la cual los bebedores problema no están dispuestos a seguir. Dichos usuarios se interesan más en moderar su consumo que en dejar de beber totalmente.

Una aproximación orientada hacia la moderación se vio como una opción para dicha población, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su consumo.

Para este grupo, Heather & Robertson (1983), sugieren que la moderación es más exitosa cuando se sugiere a personas que van a un tratamiento y que tienen experiencias menos severas con el alcohol, dependencia más baja y con menor tiempo con el problema. La abstinencia por el contrario es recomendable para personas con dependencia severa al alcohol.

De esta forma existen tratamientos orientados a controlar el consumo de alcohol y buscar el cambio.

Un procedimiento descrito por Miller, Sovereign, y Krege (1988), conocido como *Drinker's Check-Up*. (DCU), incluye una evaluación y una sesión de intervención motivacional, con el fin de motivar a la persona al cambio; los siguientes puntos que cubre son la confidencialidad, se define a las personas como bebedores y no como alcohólicos. El DCU requiere 2 visitas, 2 horas de evaluación, se obtiene un perfil del bebedor (Miller & Marlatt 1981), indicadores de concentración de alcohol en sangre y tests de los efectos del alcohol en el cerebro (Miller & Saucedo, 1983), reportes de colaterales y el inventario de consumo de alcohol (Horn, Wanberg & Foster, 1987).

Los autores enfatizan que estos procedimientos no son exclusivos del DCU ya que otros autores han desarrollado otros manuales como Robertson y Heather (1986), *Let's Drink to Your Health*, Sanchez- Craig (1993), *Saying When: How to Quit Drinking or Cut Down* y Sobell & Sobell (1993). *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. Manual en el cual se basa la adaptación realizada para la población mexicana por el Dr. Hector Ayala V.(1994), el cual se describe a continuación.

En este tipo de programas las personas participan directamente en su tratamiento a través de la relación terapeuta-usuario, para el establecimiento de metas que tengan como características el ser flexibles y realistas, incrementando de ésta forma su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

El Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema desarrollado por los doctores Mark y Linda Sobell en la fundación para la investigación de las Adicciones en Toronto Canadá ; está diseñado para ayudar al bebedor a controlar su consumo. Su aplicación en México incorpora algunas variaciones de acuerdo a las condiciones y contingencias locales.

El programa presenta las siguientes características:

- Es un programa motivacional para bebedores problema que no dependen físicamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
- Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, individual y biblioterapia.

Se denomina de Auto-Control, porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con asesoría del terapeuta); bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta; es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

Otro componente del programa es la prevención de recaídas en donde se trabaja con:

1) Identificación de situaciones que presentan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario para enfrentar efectivamente estas situaciones.

2) El entrenamiento del usuario para que aprenda a manejar las situaciones adversas de su recaída.

3) Enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje.

Para ingresar al tratamiento se deben considerar los siguientes criterios de pre-selección:

- Mayor de 18 años
- Leer y escribir en español
- Domicilio permanente
- Sin alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens
- Sin daño orgánico (Prueba pistas)
- No usar drogas
- No acudir a otro tratamiento de salud mental

El tratamiento inicia con la evaluación en donde se reúne información acerca de la conducta del usuario para poder establecer estrategias y metas adecuadas para el tratamiento, con el fin de evaluar su efectividad, además de obtener información acerca de la historia del bebedor problema, sus patrones de consumo, conductas y consecuencias.

Dentro de cada sesión se entregan lecturas y tareas que deberán ser entregadas resueltas en la siguiente sesión para su análisis.

Las lecturas tienen como propósito informar a los usuarios de los diferentes términos que se utilizan a lo largo del programa de tal forma que sea comprensible para ellos y puedan analizar sus propias situaciones de consumo y también para que utilicen la técnica de resolución de problemas en el consumo de alcohol. El fin de las tareas es que identifiquen las situaciones antecedentes a su consumo para que después sean capaces de desarrollar sus propios planes de acción para situaciones similares futuras.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas a éste y en las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

Las características centrales de este tratamiento son:

- Técnicas de auto-control (auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento, y biblioterapia).
- Análisis funcional del bebedor (identificación de antecedentes y consecuentes de situaciones de beber con bajo riesgo y alto riesgo).
- Reestructuración cognoscitiva.
- Desarrollo de las estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de ingestión y
- Una evaluación conductual objetiva.

DIAGRAMA DEL TRATAMIENTO AUTO-CONTROL DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

EVALUACIÓN INICIAL	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
<p><u>ADMISIÓN:</u> -Aplicar BEDA (escala de dependencia al alcohol). -Explicar tratamiento DURACIÓN: 1 hr.</p> <p><u>ENTREVISTA INICIAL:</u> -Aplicar prueba de pistas. -Firma carta colateral. -Aplicar Entrevista Inicial -Explicar Trago Estándar. -Aplicar LIBARE -Aplicar ISCA -Aplicar CCS -Entregar carpeta: Lectura y tarea 1 y Auto-monitoreo DURACIÓN: 2 hrs.</p>	<p><u>1ª SESIÓN.</u> TAREA 1: -Balance decisional y razones para cambiar. -Primer establecimiento de metas. -Entrega de lectura y tarea 2 . DURACIÓN: 1 hr.</p> <p><u>2ª SESIÓN.</u> TAREA 2: -Situaciones de riesgo. -Montaña de la recuperación -Entrega de lectura y tarea 3 DURACIÓN: 1 hr.</p> <p><u>3ª SESIÓN.</u> TAREA 3: -Opciones para la solución del problema. -Acciones para situaciones de riesgo. -2º establecimiento de metas. -Práctica de sus opciones. DURACIÓN: 1 hr.</p> <p><u>4ª SESIÓN.</u> -Revisión del progreso. -Discutir posibles sesiones adicionales -Discutir éxito en el mantenimiento del cambio. DURACIÓN: 1 hr.</p>	<p><u>A 1 Y 3 MESES:</u> -Revisión del progreso. -Discutir éxito en el mantenimiento del cambio.</p> <p><u>A 6 MESES:</u> Aplicar: -Entrevista -CCS -Tasa de Mejoría Global. -LIBARE</p>

CAPITULO IV

MÉTODO

SUJETOS.

Para la realización del presente trabajo se revisaron los expedientes de 126 sujetos que asistieron al programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema. Conformando dos grupos de 63 sujetos cada uno, siendo apareados en edad y nivel educativo, es decir, 63 personas eran mujeres y 63 hombres que en promedio contaron con estudios a nivel bachillerato (42.2% de la población total).

De estas personas el 12% asistió solamente a la evaluación inicial, el 24% a la primera sesión, el 23% a la segunda sesión, el 8% a la tercera sesión y el 33% restante terminaron el tratamiento, recibiendo estos últimos sesiones de seguimiento a seis meses de concluido su tratamiento.

TIPO DE MUESTRA.

Se formaron dos grupos; el primero por el total de mujeres que asistieron al tratamiento, el otro grupo se formó con el mismo número de sujetos hombres, en ambos grupos se controlaron las variables de edad y nivel educativo, teniendo un total de 63 parejas hombre-mujer.

ESCENARIO.

El lugar donde se llevó a cabo el tratamiento fue el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en cerrada de Acasulco No. 18 Col. Oxtopulco; siendo ésta una dependencia de la Facultad de Psicología de la UNAM; en donde se llevan a cabo investigaciones y servicios a la comunidad.

INSTRUMENTOS.

Se utilizaron como instrumentos:

1) *Cuestionario de Entrevista Inicial*: que contiene variables socio-demográficas; datos personales, introducción al problema, historia familiar, social y laboral, historia de consumo de alcohol y lista de consecuencias adversas.

2) *Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)*: realizada por I. Raistrick et al (1986), traducción y adaptación al español por Echeverría, Oviedo, et al. El instrumento fue diseñado para medir dependencia en la población adulta que abusa del alcohol; se derivó de un cuestionario de dependencia más amplio (Cuestionario de Datos de Dependencia al Alcohol de 34 reactivos) desarrollado en 1980.

Se buscaba que fuera más sencillo y rápido de aplicar y no tomara más de 30 minutos en contestar. El BEDA proporciona el grado de dependencia, es un instrumento sensible para medir el rango de dependencia, así como cambios que se den con el tiempo y está relativamente libre de influencia socio-cultural; su aplicación requiere aproximadamente 5 minutos y el porcentaje obtenido puede ser interpretado como:

- 01 - 09 dependencia baja
- 10 - 19 dependencia media
- 20 - más dependencia severa.

3) *Linea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)*: realizada por Sobell, L.C. y Sobell, M.B; (1980); adaptado al español por L. Echeverría, P. Oviedo et al. Este instrumento mide la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un periodo retroactivo hasta de doce meses, en la evaluación inicial y en la evaluación de seguimiento en un periodo retrospectivo de seis meses.

Las variables que se obtienen de los resultados nos indican el número total de días de consumo, el número total de copas estándar consumidas, promedio del consumo por día y porcentaje de días de abstinencia, de consumo moderado (1-4 copas estándar); de consumo excesivo (5-9 copas estándar) y de consumo muy excesivo (más de 10).

4) *Inventario Situacional de Consumo de alcohol (ISCA)* realizado por Helen. M. Annis, J. Martin Graham, et al; (1982), adaptado al español por L. Echeverría; P. Oviedo, et al. que mide las situaciones bajo las cuales una persona llega a consumir mayor grado de alcohol y el peligro de una posible recaída.

Es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir ocho situaciones de consumo divididas en dos grupos:

1) Situaciones Personales: en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:

- ▶ emociones desagradables
- ▶ malestar físico
- ▶ emociones agradables
- ▶ probando auto-control
- ▶ necesidad o urgencia para consumir

2) Situaciones que involucran a terceras personas que se subdivide en tres categorías:

- ▶ conflicto con otros
- ▶ presión social
- ▶ momentos agradables

Su aplicación requiere aproximadamente 20 minutos, el porcentaje obtenido puede ser interpretado como:

- 0 = Bajo Riesgo
- 01 - 33 = Riesgo Moderado
- 34 - 66 = Alto Riesgo
- 67 - 100 = Muy Alto Riesgo

5) *Cuestionario de Entrevista de Seguimiento*, que permite obtener información acerca de la historia de consumo de alcohol, situación laboral y lista de consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol.

DISEÑO.

El diseño de la investigación es de tipo pre- experimental, de investigación ex-pos-facto, en el cual la variable independiente no es manipulada por el experimentador y el estudio se realiza a través de una observación sistemática y una investigación exploratoria.

PROCEDIMIENTO.

Para realizar el presente análisis se tomaron en cuenta las personas que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, para esto se describe primeramente el modelo de tratamiento, de esta forma, los usuarios pidieron información y concertaron una cita para ingresar al programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema.

De esta forma asistieron a su primera cita la cual es de admisión en donde se les aplicó un cuestionario de Pre-selección que tiene la finalidad de saber si las personas cumplen con los requisitos para entrar al tratamiento, así como la aplicación de la Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).

Posteriormente se les dio una cita para su sesión de evaluación con duración de 1 a 2 horas, en donde el usuario firmó su forma de consentimiento para participar en la investigación; y se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)
- Cuestionario de Entrevista Inicial.
- Linea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)
- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)
- Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA).

Para finalizar la sesión de evaluación se le entregó al usuario el material que utilizó en la primera sesión de tratamiento.

Después de terminadas las cuatro sesiones de tratamiento cada usuario decidió si deseaba sesiones adicionales o no. Independientemente después de finalizado el tratamiento, se realizó seis meses después el seguimiento iniciando el contacto por vía telefónica para asistir a su casa a realizarlo, o bien al Centro de Servicios Psicológicos en donde se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Entrevista de Seguimiento a seis meses
- Tasa de Mejoría Global
- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).
- Linea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE).
- Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).

Con una duración de 30 minutos a una hora aproximadamente.

Para la selección de los grupos se realizó una revisión de los expedientes, y se eligió al total de mujeres que asistieron al programa y que hubieran realizado como mínimo la evaluación del tratamiento, formando un total de 63 sujetos.

Teniendo en cuenta las características en cuanto a edad y nivel educativo para cada una de las 63 participantes; posteriormente se seleccionaron a los 63 hombres que contaran con las mismas o similares características para cada par, conformando de ésta forma el total del grupo (126 sujetos), de los cuales se obtuvo la información que reportaron en los instrumentos ya descritos, *durante la evaluación realizada a cada uno de ellos al inicio del tratamiento.*

Habiéndose obtenido los datos que se desprendieron de cada uno de los instrumentos mencionados, se procedió a realizar el análisis estadístico para cada grupo por separado y en su conjunto.

Y un análisis posterior de los sujetos de los cuales se obtuvo su seguimiento a seis meses de concluído el tratamiento.

V.RESULTADOS

Los resultados del análisis de los expedientes, se presentan en dos partes: La primera parte comprende la comparación del grupo de mujeres (n=63), con el grupo de hombres (n=63), en cuanto a características socio demográficas, así como los resultados desprendidos de los instrumentos aplicados al momento de haber ingresado al tratamiento, hasta el momento en que lo dejaron o terminaron.

En la segunda parte, se analiza la información obtenida de ambos grupos, haciendo una comparación entre las personas que concluyeron el tratamiento, es decir, las que llegaron a cuarta sesión y las personas que no terminaron el tratamiento. Cabe señalar que los datos fueron recopilados durante la entrevista de evaluación de ambos grupos.

Por otra parte en esta misma sección se analizan los resultados de las personas que concluyeron el tratamiento, a las cuales se les realizó un seguimiento a 6 meses de terminado el mismo.

PARTE I.

Como ya se mencionó anteriormente, en la primera parte se analizarán los siguientes resultados obtenidos para ambos sexos:

- ▶ **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:** Este apartado comprende la comparación de las características socio demográficas obtenidas a través de la Entrevista Inicial, como son, la edad, estado civil, escolaridad, actividades recreativas, satisfacción ante su estilo de vida, situación laboral y ocupación.
- ▶ **HISTORIA DE CONSUMO:** Abarca toda la información sobre el consumo de alcohol de una persona, como son: el número de años de consumo excesivo y problemático, tipo de bebida, la percepción que tienen ante su problema, y consecuencias adversas debido al consumo excesivo de alcohol; todo lo anterior obtenido de la entrevista inicial.

- ▶ **PATRÓN DE CONSUMO:** Que consiste en la frecuencia y cantidad de alcohol consumida por ocasión; en la cual se presentan datos acerca del consumo actual, como son: cantidad promedio consumida diariamente, número máximo de tragos consumidos en promedio, el porcentaje del tiempo de abstinencia; datos que fueron obtenidos de la línea base retrospectiva (LIBARE).
- ▶ **GRADO DE DEPENDENCIA:** En donde se expone información acerca del tipo de dependencia que tienen los sujetos; información que se obtiene a través de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).
- ▶ **SITUACIÓN DE CONSUMO:** La cual nos brinda información acerca de las situaciones, ya sean personales, o que involucran a terceras personas, en las cuales se puede estar en riesgo de consumir alcohol; esta información es obtenida a través del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).
- ▶ **DESERCIÓN:** Este apartado incluye información acerca de la sesión en la cual mayor o menor número de sujetos decidieron abandonar o en su caso concluir el tratamiento; información que fue obtenida de la Entrevista Inicial.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la muestra total. De ésta forma tenemos:

1) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Como se presenta en la tabla #1. Los datos se dividieron por sexo, a partir del cual se clasificaron los datos de edad, en la tabla se observa que el promedio es de 38 años para ambos sexos; el 54% de los hombres es casado y en las mujeres se divide la población en casadas (38%) y solteras (35%); por otra parte se observa que el 70% de los hombres terminó hasta los 12 años de estudios, es decir, el bachillerato, en el caso de las mujeres el 75% lo concluyó.

	HOMBRES		MUJERES	
EDAD	\bar{x} = 38.3	DS= 11.6	\bar{x} = 38.3	DS= 12.1
	RANGO= 18-62 años		RANGO= 14-65 años	
ESTADO CIVIL	FREC.	PORCENT	FREC.	PORCENT
CASADO	34	54 %	24	38.1%
SOLTERO	18	28.6%	22	34.9%
DIVORCIADO	07	11.1%	09	14.2%
UNIÓN LIBRE	04	6.3%	04	6.3%
VIUDO			04	6.3%
NIVEL EDUCATIVO	\bar{x} = 11.8	DS= 3.8	\bar{x} = 11.6	DS= 3.5
	RANGO= 2- 19 años		RANGO= 3-20 años	

TABLA #1. Datos socio demográficos.

A la pregunta sobre satisfacción con su estilo de vida, obtenido del cuestionario de evaluación inicial, se observan diferencias claras, el hombre se percibe más satisfecho a pesar de sus problemas con su consumo, mientras que las mujeres se perciben menos satisfechas.

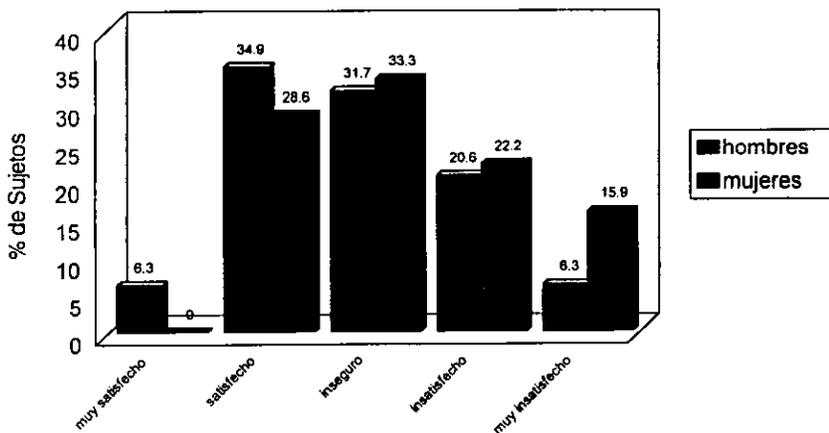


Fig. 1. Muestra el estilo de vida que reportan ambos grupos al inicio del tratamiento (n=126)

En cuanto a ocupación actual se encontró que las mujeres se dedican más a labores del hogar y los hombres a algún oficio; por otra parte se encontraron diferencias significativas; que nos indican que mayor porcentaje de hombres tienen un oficio. En cuanto a situación laboral se encontró que la mayor parte de ellos trabajan, mientras que mayor porcentaje de ellas se dedican a labores del hogar.(Tabla.#2).

OCUPACIÓN	HOMBRES	MUJERES
OFICIO	61.9%	38.1%
PROFESIONISTA	14.3%	11.1%
EMPLEADO	11,1%	12.7%
EJECUTIVO	3.2%	3.2%
ESTUD. O AYUD.	9.5%	11.1%
LAB. DEL HOGAR		23.8%
SITUACIÓN LABORAL	PORCENT	PORCENT
TRABAJAN	82.5%	39.7%
TRAB OCASIONAL	4.8%	1.6%
ESTUDIANTE	4.8%	9.5%
OTRAS	7.9%	23.8%
LAB. DEL HOGAR		25.4%

TABLA #2. Ocupación y situación laboral.(en otras se encuentran las personas jubiladas, incapacitadas o sin empleo).

2) HISTORIA DE CONSUMO.

La tabla #3 muestra las diferencias importantes entre hombres y mujeres relacionadas con su historia de consumo.

	HOMBRES	MUJERES
AÑOS DE CONSUMO	=16.8 DS=10.6 RANGO=0-40 años	\bar{x} =14.7 Ds= 9.9 RANGO=0-39años.
AÑOS DE BEBER EN EXCESO	\bar{x} = 11.2 DS=8.7 RANGO= 1-32años	\bar{x} =7.7 DS=7.4 RANGO=1-39 años
AÑOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO	\bar{x} = 8.9 DS=8.2 RANGO= 0-30años	\bar{x} =6.7 DS=7.7 RANGO=0-39 años

TABLA #3. Historia de consumo.

Al analizar el tipo de bebida consumida no se encontraron diferencias por sexo. Tanto hombres como mujeres consumen con más frecuencia destilados.

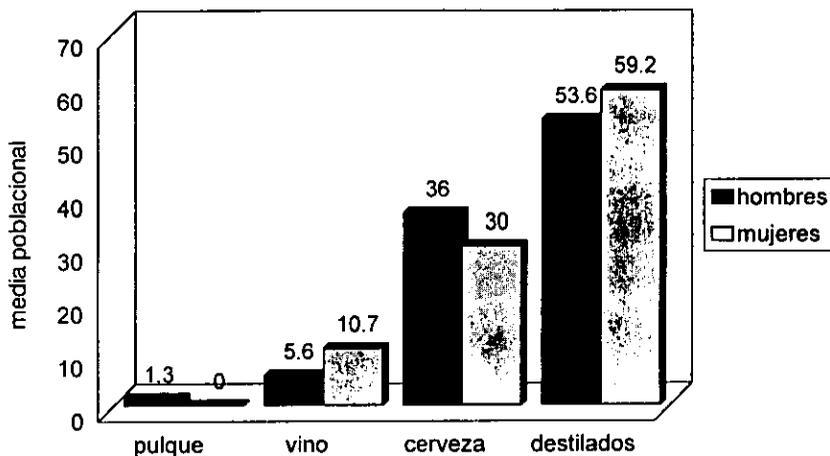


Fig.2. Muestra la media reportada por cada grupo de sujetos hacia la preferencia de un tipo de bebida (n=126)

La percepción que tienen ante su consumo de alcohol es para ambos de un problema mayor, aunque para los varones tienden a percibir su problema menos grave que las mujeres

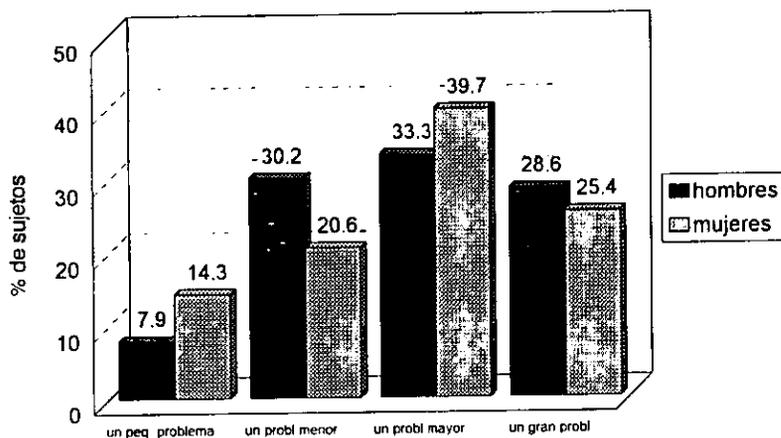


Fig.3. Muestra como perciben su problema de consumo de alcohol ambos grupos al inicio del tratamiento (n=126)

En la Figura #4, se puede observar que ambos grupos reportan consecuencias similares por su forma de consumo, con una tendencia a obtener calificaciones mas altas entre los hombres, el puntaje más alto en ambos grupos es daño afectivo y el más bajo se relaciona con problemas legales.

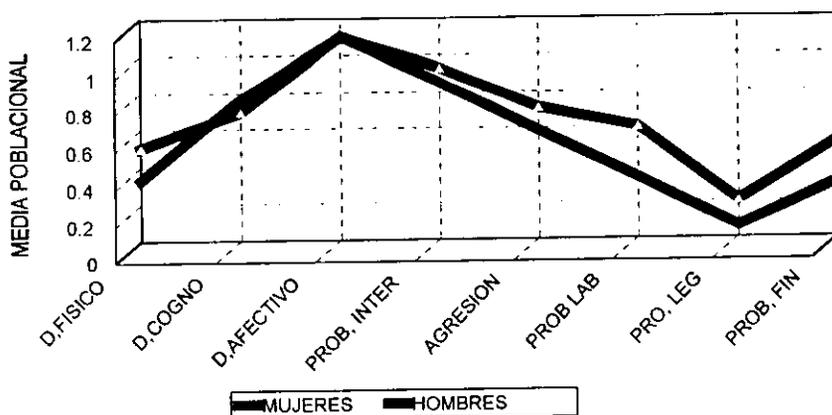


Fig.4. Reporta las consecuencias adversas al consumo de alcohol a través de la media señalada por cada grupo de sujetos (n=126)

3) PATRÓN DE CONSUMO.

El patrón de consumo obtenido del LIBARE, muestra datos de frecuencia y cantidad consumida : 0 tragos, de 1 a 4 copas, de 5 a 9 copas, y más de 10; en la tabla #4 se describen para cada grupo. De esta forma, se encontraron claras diferencias entre ambos grupos. Las mujeres beben cantidades menores y se mantienen más en un consumo moderado. Se observa un consumo máximo de 18 copas para los hombres y de 13 para las mujeres.

	HOMBRES	MUJERES
CANT.PROM CONSUMIDA DIAR.	$\bar{x}= 9.1$ DS= 4.9 RANGO= 0-22	$\bar{x}= 6.5$ DS= 4.2 RANGO= 0-21
NUM. MAX. DE TRAGOS CONS. POR OCASION	$\bar{x}= 18.1$ DS= 6.9 RANGO= 0-40	$\bar{x}= 13$ DS= 6.3 RANGO= 3-30
% PROM. DE TIEMPO DE ABST.	$\bar{x}= 72.4$ DS= 21.1 RANGO= 0-94	$\bar{x}= 69.7$ DS= 27.6 RANGO= 0-97
% PROM. TIEMPO DE CONS. MODERADO (1-4 copas)	$\bar{x}= 10.5$ DS= 18.1	$\bar{x}= 15.8$ DS= 18.6
% PROM. TIEMPO DE CONS. EXCESIVO (5-9 copas)	$\bar{x}= 12.1$ DS= 13	$\bar{x}= 12.6$ DS= 16.6
% PROM. TIEMPO DE CONS. MUY EXCESIVO (más de 10 copas)	$\bar{x}= 10.7$ DS= 9.6	$\bar{x}= 8.8$ DS= 11

TABLA #4. Patrón de consumo en donde una copa estándar equivale a 13grs. De alcohol puro.

4) GRADO DE DEPENDENCIA.

Obtenida del instrumento BEDA, se encontró que los puntajes obtenidos por ambos grupos son muy similares; resultando los puntajes más altos en lo que se refiere a dependencia media.

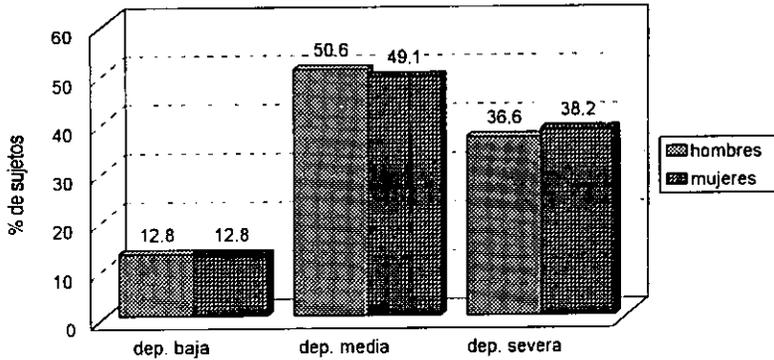


Fig.5. Muestra el grado de dependencia por grupo de sujetos reportado al inicio del tratamiento (n=126)

5) SITUACIÓN DE CONSUMO

De acuerdo a los resultados obtenidos del Inventario Situacional de Consumo, se observan diferencias significativas en emociones desagradables; obteniendo ambos grupos puntajes más altos en momentos agradables.

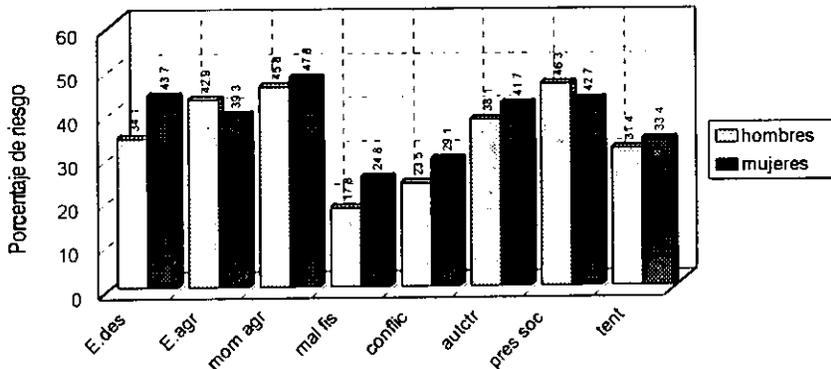


Fig.6. Muestra la situación de consumo en la que reportaron tener mayor porcentaje de riesgo de consumir alcohol cada grupo de sujetos (n= 126)

6) DESERCIÓN.

De acuerdo a la entrevista inicial se observa que el mayor número de hombres deserta en primera y segunda sesión, mientras que mayor número de mujeres decide concluir el tratamiento, de una muestra de 126 sujetos.

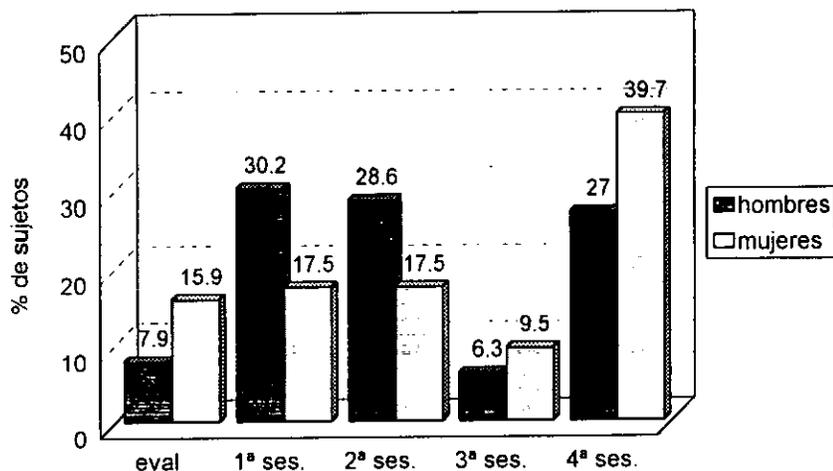


Fig.7. Muestra la sesion en la cual dejaron el tratamiento cierto porcentaje de sujetos (n=126)

PARTE II.

En esta parte se presentan los resultados de ambos grupos, dividiendo cada grupo en dos partes y presentándose los datos de la siguiente manera:

- ▶ El primer apartado nos da información acerca de las diferencias encontradas en cuanto a nivel educativo, estado civil, estilo de vida, actividades recreativas, situación laboral, ocupación, años de consumo excesivo y problemático, patrón de consumo actual y dependencia al alcohol, datos que se obtuvieron de la entrevista inicial, Libare y Beda, los cuales son descritos para las mujeres que concluyeron la cuarta sesión (n=25), en comparación con las mujeres que llegaron hasta la tercera sesión (n=38); de la misma forma se describen los resultados de los hombres que terminaron la cuarta sesión (n=17), comparándolos con los hombres que llegaron hasta la tercera sesión (n=48); información que fué obtenida de la evaluación realizada al inicio del tratamiento.
- ▶ El segundo apartado nos muestra los datos de seguimiento, en esta parte se incluyen los datos de aquellos sujetos que terminaron el tratamiento y que se logró contactarlos a los 6 meses de concluído el mismo, a los cuales se les aplicó la entrevista de seguimiento, la medida global de mejoría y el LIBARE, de los cuales se obtuvieron los resultados de satisfacción en su estilo de vida, percepción del problema, patrón de consumo actual y estado emocional, realizándose una comparación entre ambos grupos.

Cabe mencionar que para facilitar su entendimiento, los resultados se agruparon de la misma forma a la que se vió para la primera parte; así de esta forma tenemos:

1) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Relacionado con datos sociodemográficos, el nivel educativo de las personas que terminaron es más alto que las mujeres que llegaron hasta la tercera sesión, al igual que el porcentaje de personas que se encuentran solteras al concluir el tratamiento. En los hombres, aunque se mantienen en bachillerato, los que terminan tienen más estudios, en su caso la mayoría de los hombres se mantienen casados (Tabla#5).

	MUJE	RES	HOM	BRES
	HASTA 3ª SESION	TERMI NARON	HASTA 3ª SESION	TERMI NARON
EDAD	\bar{x} = 38.9 DS=12.7 RANGO 17-65	\bar{x} = 37 DS= 11.8 RANGO 14 -53	\bar{x} = 37.1 DS=12.1 RANGO 18-62	\bar{x} = 40.2 DS= 9.5 RANGO 18-55
ESTADO CIVIL				
CASADO	41.3%	32%	56.7%	58.8%
SOLTERO	33.9%	40%	32.4%	29.4%
DIVORCIADO	15.6%	12%	5.4%	11.8%
UNION LIBRE	4.6%	8%	5.5%	
VIUDO	4.6%	8%		
NIVEL EDUCATIVO	\bar{x} = 10.6 DS=3.1 RANGO 3-20	\bar{x} = 13.4 DS= 3.3 RANGO 7 - 19	\bar{x} = 11.3 DS=3.8 RANGO 2-19	\bar{x} = 12.1 DS= 2.9 RANGO 8 - 18

TABLA #5. Datos sociodemográficos.

En cuanto a actividades recreativas se refiere, se caracteriza para ambos grupos por su participación en actividades deportivas o pasatiempos como lo muestra la figura #8 y figura #9 simultáneamente

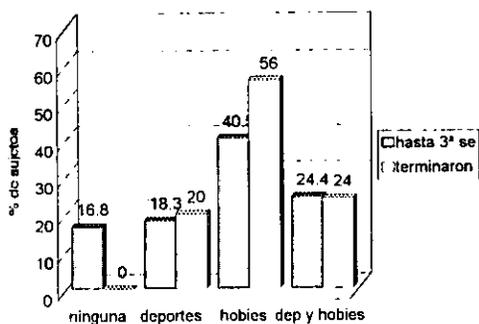


Fig. 8. Muestra las actividades recreativas del porcentaje de mujeres tercera sesión (n=38) y las que terminan (n=25) dato obtenido al inicio del tratamiento

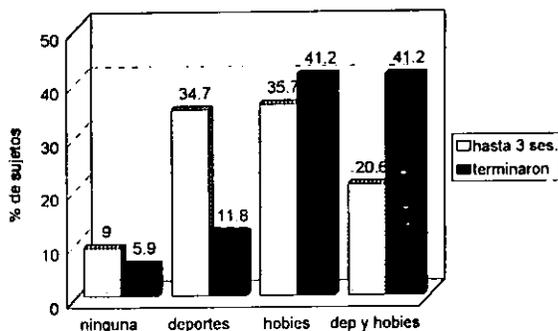


Fig.9. Muestra las actividades recreativas del porcentaje de hombres que llegan a tercera sesión (n=46) y los que terminan (n=17) datos obtenidos al inicio del tratamiento

Dentro de su estilo de vida (ver figura #10), no se encontraron diferencias que marquen un cambio en la concepción que tienen de la forma en que llevan su vida, ya que ambos grupos le dan puntajes más altos al sentirse inseguras, aunque al paso del tratamiento tienden a sentirse satisfechas. En el caso de los hombres (figura #11) los que llegan hasta la tercera sesión tienden a sentirse inseguros y algunos muy satisfechos, mientras que los que deciden terminar indicaron sentirse insatisfechos.

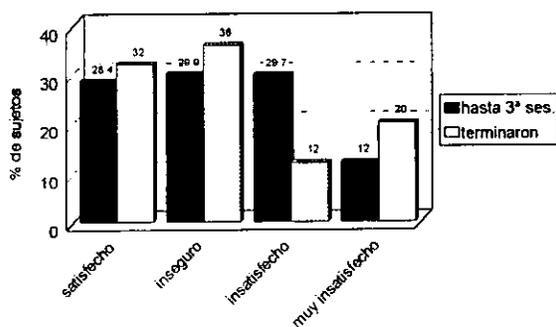


Fig. 10. Describe el estilo de vida de las mujeres que llegan a la tercera sesión (n=38) y las que terminan (n=25) datos obtenidos durante la entrevista de evaluación

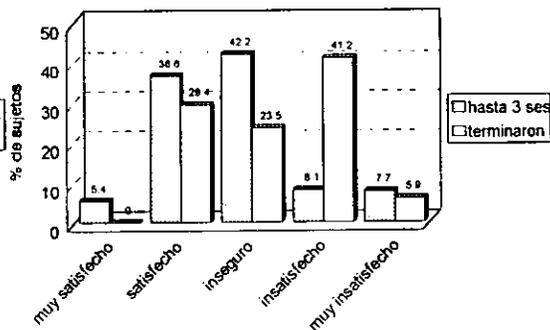


Fig. 11. Muestra el estilo de vida de los hombres que llegan a la tercera sesión (n=46) y los que terminan (n=17) datos obtenidos durante la entrevista de evaluación

De acuerdo a la ocupación se encontró que mayor número de personas que concluyeron el tratamiento obtuvieron puntajes más altos en cuanto a profesión, oficio y estudios, mientras que las mujeres que llegaron hasta la tercera sesión, en el resto de las variables. En cuanto a situación laboral, la mayoría que concluyó la cuarta sesión, trabajan o estudian, el otro grupo reportó que la mayoría se dedica a labores del hogar. Los hombres por otro lado, tanto los que llegan a la tercera sesión como los que terminan en su mayoría se dedican a algún oficio, aunque el grupo de los que terminan trabajan mientras que el otro grupo llega a estar sin empleo (Tabla #6).

	MUJERES		HOMBRES	
	HASTA 3ª SESIÓN	TERMINARON	HASTA 3ª SESIÓN	TERMINARON
OCUPACIÓN	Porcent	Porcent	Porcent	Porcent
PROFESIONISTA	6.8%	16%	14.4%	11.8%
EMPLEADO	14.1%	8%	13.1%	
EJECUTIVO	2.5%	4%		11.8%
OFICIO	38%	40%	59.4%	76.5%
ESTUDIANTE	8.9%	16%	13.1%	
LAB DEL HOGAR	29.7%	16%		
SITUACION LABORAL				
TRABAJAN	34.2%	44%	73.1%	88.3%
TRAB. OCASIONAL	4.1%		13.9%	
ESTUDIANTE	6.7%	16%	4.1%	
LAB. DEL HOGAR	30.3%	16%		
OTRAS	24.7%	24%	8.9%	11.8%

TABLA #6. Ocupación y Situación laboral. (En el apartado de otras se incluye a las personas que estaban jubiladas, incapacitadas o sin empleo).

2) HISTORIA DE CONSUMO.

En este punto de acuerdo al cuestionario de entrevista inicial, se encontró que las mujeres que llegan a la tercera sesión, tienen años de consumo y consumo problemático más altos a los reportados por las mujeres que terminan el tratamiento, mientras que en los hombres, los que llegan a terminar son los que reportaron un consumo más alto; como lo muestra la tabla # 7 a continuación.

	MUJERES		HOMBRES	
	HASTA 3ª SESION	TERMINARON	HASTA 3ª SESION	TERMINARON
AÑOS DE CONSUMO	$\bar{x}=15.1$ DS= 10.5 RANGO 0-39años	$\bar{x}= 13.9$ DS= 10.2 RANGO 0-34años	$\bar{x}=16.6$ DS= 10.5 RANGO 0-40años	$\bar{x}= 19.8$ DS= 8.6 RANGO 3-30años
AÑOS DE BEBER EN EXCESO	$\bar{x}= 7.8$ DS= 8.4 RANGO 1-39 años	$\bar{x}= 8.1$ DS= 6.7 RANGO 1-25 años	$\bar{x}= 12$ DS= 9.8 RANGO 1-32 años	$\bar{x}=11.2$ DS=8.7 RANGO 1-32 años
AÑOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO	$\bar{x}=7.6$ DS= 8.1 RANGO 1-39 años	$\bar{x}= 5.9$ DS= 6.5 RANGO 0-25 años	$\bar{x}=9.5$ DS=8.8 RANGO 0-30 años	$\bar{x}= 10.5$ DS= 8.6 RANGO 1-30 años

TABLA # 7. Historia de consumo.

3) PATRON DE CONSUMO.

Conforme a los resultados del LIBARE, la tabla #8 describe, que el consumo diario es igual para ambos grupos de mujeres, mientras que en cuanto a consumo máximo, tiempo de consumo y consumo muy excesivo, los resultados fueron superiores para las mujeres que concluyeron el tratamiento; en el resto de las variables, los puntajes fueron superiores para las mujeres que llegaron a tercera sesión.

En los hombres, se observa que sus consumos son más altos que los de las mujeres, los que llegan hasta la tercera sesión, reportaron mantenerse la mayor parte del tiempo abstemios o con un consumo excesivo no mayor de 9 copas, mientras que los que decidieron terminar, prefieren la abstinencia o el consumo moderado.

	MUJERES		HOMBRES	
	HASTA 3ª SESION	TERMINARON	HASTA 3ª SESION	TERMINARON
CANT. PROM. CONS. DIAR.	$\bar{x}=6.4$ DS=4.4 RANGO 0-21	$\bar{x}=6.5$ DS=3.7 RANGO 0-16.1	$\bar{x}=9.1$ DS=3.8 RANGO 0-22	$\bar{x}=9.5$ DS=5.1 RANGO 0-19.8
NUM. MAX. DE TRAGOS CONS. POR OCASION	$\bar{x}=12.2$ DS=5.9 RANGO 3-30	$\bar{x}=14$ DS=6.3 RANGO 5-25	$\bar{x}=17.6$ DS=6 RANGO 8-31	$\bar{x}=18.3$ DS=9.5 RANGO 0-40
% PROM. DE TIEMPO DE ABST.	$\bar{x}=70$ DS=28.8	$\bar{x}=69.5$ DS=33.5	$\bar{x}=76.6$ DS=16.3	$\bar{x}=63.5$ DS=27
% PROM DE TIEMPO DE CONS. MODER(1-4copas)	$\bar{x}=16.5$ DS=17.8	$\bar{x}=13.1$ DS=16.6	$\bar{x}=6.2$ DS=8.5	$\bar{x}=15.8$ DS=26.8
% PROM. DE TIEMPO DE CONS. EXCES. (5-9copas)	$\bar{x}=11.5$ DS=13.8	$\bar{x}=13.5$ DS=16.5	$\bar{x}=12.9$ DS=13.8	$\bar{x}=12.4$ DS=12.8
% PROM. DE TIEMPO DE CONS. MUY EXCES.(+ 10)	$\bar{x}=5.9$ DS=7.8	$\bar{x}=12.7$ DS=13.9	$\bar{x}=8.7$ DS=7.1	$\bar{x}=14.9$ DS=12.1

TABLA # 8. Patrón de consumo que compara los resultados obtenidos en la evaluación de las personas que llegaron a tercera sesión con las que terminaron el tratamiento. Un trago estándar equivale a 13 grs o 15ml. de alcohol puro.

4) GRADO DE DEPENDENCIA.

La figura # 12 muestra diferencias claras en cuanto a que las mujeres que llegan a la tercera sesión obtiene puntajes superiores en la dependencia media mientras que el grupo de mujeres que concluyeron el tratamiento, lo obtuvieron en la dependencia severa. Estos datos fueron obtenidos del BEDA. La figura #13 muestra que de igual forma los hombres que llegan a la tercera sesión tienen una dependencia media, mientras que los que terminan señalan tener (cuando realizan su evaluación) una dependencia severa.

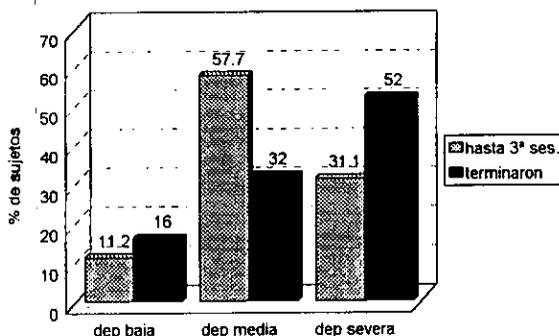


Fig.12. Muestra el grado de dependencia para cada porcentaje de mujeres que llegan a la tercera sesión (n=38) y las que terminan el tratamiento (n=25)

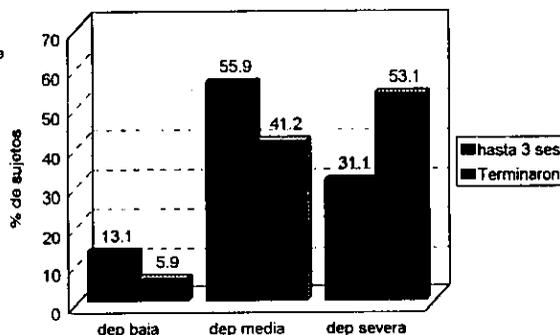


Fig.13. Muestra el grado de dependencia reportado por los hombres que llega tercera sesión (n=46) y los que deciden terminar el tratamiento (n=17)

5) SITUACION DE CONSUMO.

desagradables, datos obtenidos del ISCA, continúan siendo el mayor riesgo por el cual llegan a consumir alcohol las mujeres. Los hombres por el contrario (ver figura #15) tienden a consumir más en situaciones agradables y en el caso de los que no terminan, se añade la presión social.

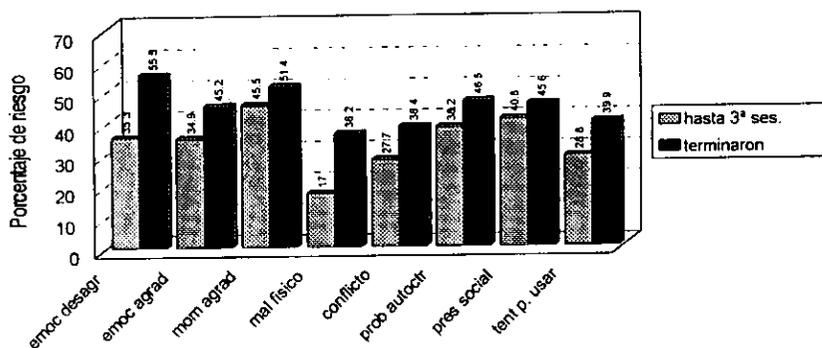


Fig.14. Muestra la situación de consumo para ambos grupos de mujeres (n=63)

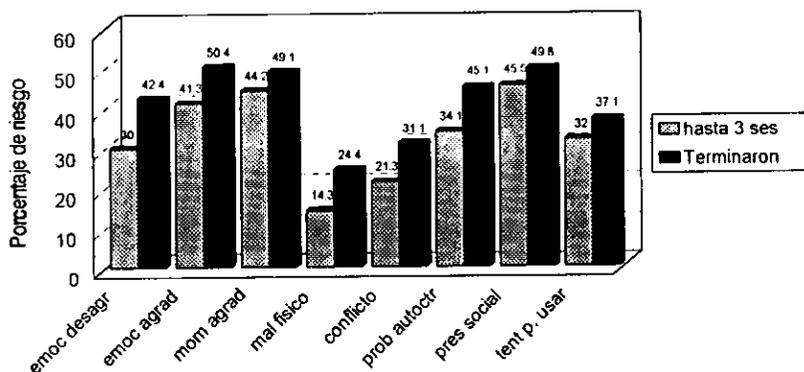


Fig. 15. Muestra la situación de consumo para ambos grupos de hombres (n=63)

Por último en este apartado de la segunda parte, se describen los resultados concernientes a las mujeres (n=19) y hombres (n=11) que tuvieron un seguimiento a 6 meses de concluido su tratamiento, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

1) ESTILO DE VIDA.

Conforme lo indica la figura #16 se puede observar que ambos grupos se encuentran satisfechos con su forma de vida, tendiendo las mujeres a sentirse en igual proporción muy satisfechas e inseguras de su vida y los hombres a sentirse inseguros.

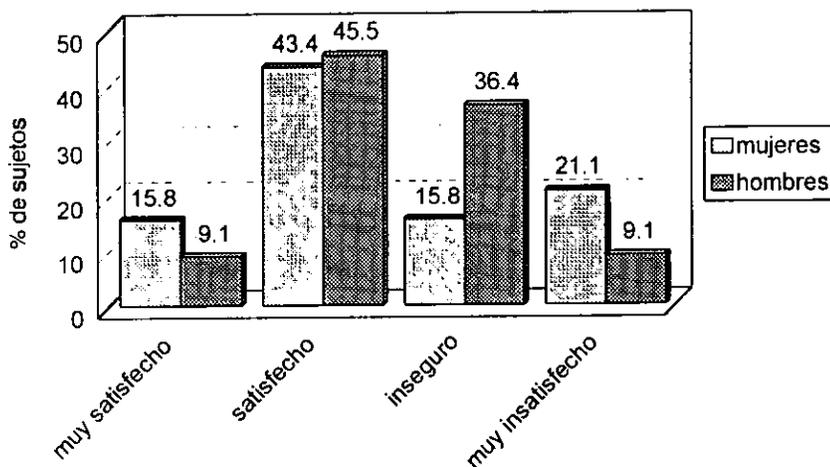


Fig.16. Muestra el estilo de vida que llevan mujeres (n=19) y hombres (n=11) despues de 6 meses de concluido su tratamiento

2) PERCEPCION DEL PROBLEMA.

La percepción que tienen ante su consumo de alcohol después de concluido el tratamiento es en igual proporción de un problema muy grave, un pequeño problema y para otras ya no es un problema. En el caso de los hombres lo ven como un problema grave, tendiendo a verlo como un problema menor.

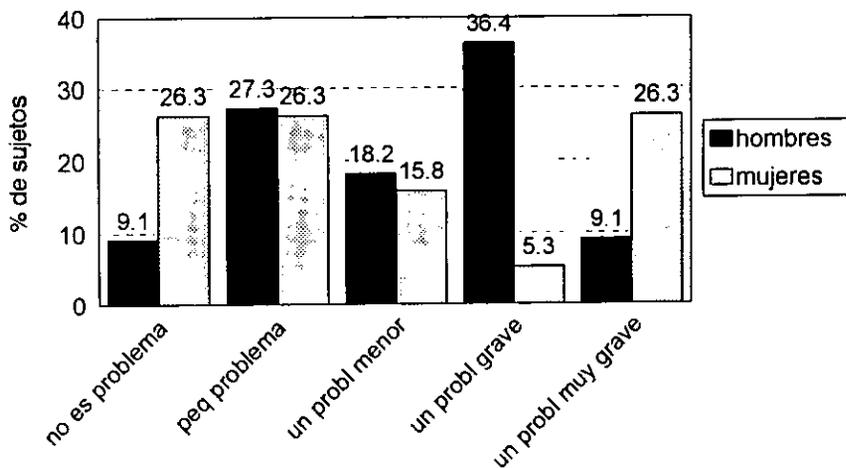


Fig. 17. Muestra la percepción del problema de consumo de alcohol para el porcentaje de hombres (n=11) y mujeres (n=19) en su seguimiento a 6 meses d concluido el tratamiento

4) TERMOMETRO DEL ESTADO DE ANIMO.

Esta medición se realizó para saber cómo se sentían los sujetos en cuanto a su estado de ánimo 6 meses después de terminado el tratamiento; este cuestionario se divide en 5 categorías:

- ▶ Pésimo (tan mal como en muchos años no me había sentido)
- ▶ Mal (me siento muy deprimido)
- ▶ Regular (las cosas no están ni bien ni mal)
- ▶ Bien (en general me están ocurriendo cambios positivos)
- ▶ Muy bien (hace mucho tiempo no me sentía tan bien).

Como se puede observar en la figura#18 más de la mitad de la muestra (n=19) reportó sentirse bien y sólo el 5% reportó sentirse pésimo. La figura #19 muestra que sucede lo mismo en los hombres, con la diferencia de que ninguno reportó sentirse pésimo.

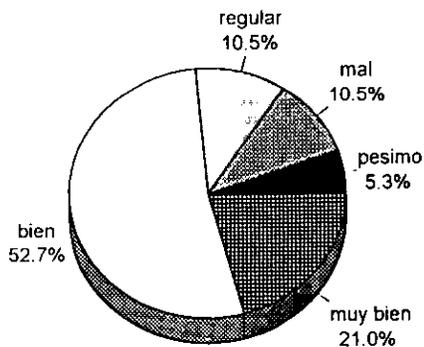


Fig. 18. Muestra el estado de animo de las mujeres despues de 6 mese concluido el tratamiento (n=19)

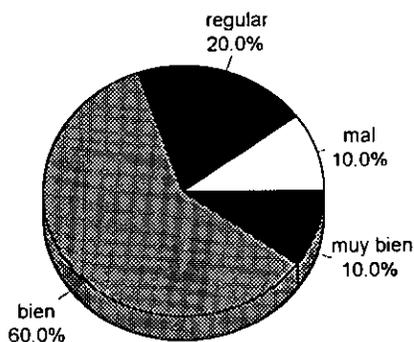


Fig. 19. Muestra el estado de animo de los hombres despues de 6 meses concluido el tratamiento (n=11)

5) PATRON DE CONSUMO.

En este punto, se observa que de acuerdo a los datos obtenidos del LIBARE, se encontró que los resultados de las mujeres a las cuales se les realizó seguimiento, se mantienen la mayor parte del tiempo abstemias y cuando consumen lo hacen ya sea de forma moderada o muy excesiva. En el caso de los hombres en seguimiento se encontró que aumentaron su tiempo de abstinencia y cuando consumen lo hacen la mayoría de forma moderada.

	MUJERES		HOMBRES	
	TERMINARON	SEGUIMIENTO	TERMINARON	SEGUIMIENTO
CANT. PROM CONS. DIARIO	\bar{x} = 6.5 DS= 3.7 RANGO 0 - 16	\bar{x} = 6.2 DS= 5.9 RANGO 0 - 23.8	\bar{x} = 9.5 DS= 5.1 RANGO 0 - 19.8	\bar{x} = 8.4 DS= 6.1 RANGO 0 - 18
NUM. MAX. DE TRAGOS CONS. POR OCASION	\bar{x} = 14 DS= 6.3 RANGO 5 - 25	\bar{x} = 9.8 DS= 8.5 RANGO 0 - 34	\bar{x} = 18.3 DS= 9.5 RANGO 0 - 40	\bar{x} = 12.8 DS= 12.2 RANGO 1 - 45
% PROM DE TIEMPO DE ABST.	\bar{x} = 69.5 DS= 33.5	\bar{x} = 85.1 DS= 17.4	\bar{x} = 63.5 DS= 27	\bar{x} = 76.1 DS= 26.9
% PROM DE TIEMPO DE CONS.MODER (1-copas)	\bar{x} = 13.1 DS= 16.6	\bar{x} = 5.9 DS= 5.9	\bar{x} = 15.8 DS=26.8	\bar{x} = 14.3 DS= 29.7
% PROM DE TIEMPO DE CONS. EXCES (5-9copas)	\bar{x} = 13.5 DS= 16.5	\bar{x} = 2.8 DS= 7.3	\bar{x} = 12.4 DS=12.8	\bar{x} = 1.4 DS= 2.3
% PROM DE TIEMPO DE CONS. MUY EXCES (+10)	\bar{x} = 12.7 DS= 13.9	\bar{x} = 5.7 DS= 13.8	\bar{x} = 14.9 DS=12.1	\bar{x} = 9.5 DS= 11.5

TABLA #9. Patrón de consumo que comprende a las personas que terminaron el tratamiento con las que se les realizó seguimiento a 6 meses de terminado el mismo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Un tema actual de discusión entre los especialistas en el área de las adicciones, se relaciona con los estudios de género. En particular, en un tratamiento para bebedores problema, la pregunta que surgió es si existen diferencias por género en respuesta al tratamiento. Para poder responder, es necesario que se realicen estudios sistemáticos que permitan medir si existen o no tales diferencias.

Los resultados de este estudio dirigido a identificar las características particulares de un grupo de sujetos femeninos, en comparación con un grupo de hombres que asistieron a un tratamiento para bebedores problema, nos mostraron que como los hombres, las mujeres con problemas en su forma de beber, difieren en una serie de variables como son: situación laboral, nivel educativo, estado civil e historia de consumo.

Existen datos clínicos de varios estudios donde se ha observado que los hombres ingieren bebidas alcohólicas en situaciones donde se tiende a ejercer dominio, en situaciones sociales y recreativas; mientras que las mujeres prefieren consumir alcohol en condiciones más privadas en busca de escapar de su realidad o reducir su estrés (S.M.M. Lammers, 1995).

El punto anterior lo refuerza estudios realizados por Bush & Feverlein, 1975; Mulford, 1977; Rosenbaum, 1958; autores que mencionan que los hombres consumen más en eventos agradables y públicos, mientras que las mujeres comprenden un grupo más vulnerable, debido a que consumen en escenarios más íntimos y que las experiencias que se relacionan con su consumo son negativas, además de que cada vez aumenta más el porcentaje de mujeres que son dependientes del alcohol.

Lisansky (1977), quien reportó que la mayor parte de las mujeres alcohólicas estudiadas reportaban un reciente trauma, como pérdida de un pariente, un divorcio, problemas médicos, los cuales eran indicadores de su consumo excesivo de alcohol.

Connors, G.J.(1994), menciona que cada vez son más las mujeres que desempeñan un trabajo en donde se ha encontrado que ocurre mayor tendencia a consumir alcohol, siguiendo patrones establecidos únicamente por los hombres, lo que ha llevado a aumentar el porcentaje de mujeres dependientes del alcohol. Ya que como comenta L.A.M. Van De Goor (1990), los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejan sin duda en las prácticas de consumo de alcohol, conducta que era considerada como propia del sexo masculino; lo que ha traído consigo que las mujeres tienen ahora más ocasiones para beber, y estas modificaciones en sus roles de género han modificado las normas que las limitaban a consumir alcohol; ya que en el hombre, la causa más común es el hábito de tomar sin causa aparente de problemas, en las mujeres por el contrario el consumo viene casi siempre acompañado de problemas.

Estos estudios sugieren una serie de áreas en donde hay que poner especial atención:

- Desórdenes afectivos (depresión o tristeza)
- Inestabilidad marital
- Inestabilidad familiar
- Auto-estima baja
- Patrón de consumo excesivo en respuesta a crisis.

En los resultados obtenidos se encontró que las mujeres que concluyen el tratamiento reúnen las siguientes características:

Se encontró que este grupo cuenta con un nivel educativo superior al reportado por los demás grupos alcanzando el nivel de licenciatura, el 40% de ellas se encuentran solteras y el 32% casadas; tienen más actividades recreativas, el 44% de ellas trabaja y el 40% se dedica a algún oficio; tienen menos años de consumo (14) y menos de consumo problemático (6) que las mujeres que llegan a tercera sesión (15 y 8 respectivamente).

Gran porcentaje de las mujeres que terminan presentaban una dependencia severa (52%); las situaciones en las cuales consumen alcohol son de emociones desagradables, y se perciben inseguras con su estilo de vida.

Por otra parte los hombres que concluyen el tratamiento, reportaron tener el nivel de bachillerato, reportando el 59% estar casados, el 29% solteros y el 12% divorciados, realizan actividades recreativas; el 88% de ellos trabaja y el 77% se dedica a algún oficio; los hombres que terminan al contrario de las mujeres tienen más años de consumo (20) y más de consumo problemático (10) que los hombres que llegan a la tercera sesión (17 y 10, respectivamente); indicaron tener una dependencia severa (53%); reportando que las situaciones en las cuales consumen alcohol son emociones agradables, sintiéndose insatisfechos con la forma en que llevan su vida.

Ambos grupos señalaron que las consecuencias más graves que les trae el consumo excesivo de alcohol son problemas afectivos.

Los grupos que llegaron solo hasta la tercera sesión indicaron estar en nivel bachillerato, encontrarse en mayor proporción casados el 41% de las mujeres y el 57% de los hombres; en las mujeres el 34% trabajan y el 30% se dedica a labores del hogar, mientras que los hombres la mayoría trabaja (73%) y se dedica a algún oficio (59%), presentan una dependencia media ambos grupos, sus situaciones de consumo son momentos agradables y presión social, además de sentirse inseguros con su vida.

Al momento de terminar el tratamiento ambos grupos se sienten satisfechos con su forma de vida e indican sentirse bien en general.

Por otra parte, las mujeres reportan mantenerse la mayor parte del tiempo en la abstinencia y cuando consumen ya sea que lo hacen de forma moderada o muy excesiva.

En el caso de los hombres también se mantienen la mayor parte del tiempo en la abstinencia aunque es más bajo que el reportado por las mujeres, cuando consumen lo hacen de forma moderada y porcentaje más bajo lo hace de forma muy excesiva; cabe mencionar que en el caso de los hombres este consumo excesivo se debe a dos casos de recaídas, que aumentan la media reportada; al contrario de las mujeres que se debe a un incremento en su consumo.

Estos resultados nos llevan a proporcionar una serie de sugerencias; en primer lugar, señalar que durante la evaluación inicial una serie de variables nos están indicando poco éxito en el tratamiento. Si se detectan este tipo de características sería conveniente apoyar la terapia para mujeres con opciones terapéuticas para dar respuestas alternativas a situaciones de riesgo como la depresión; apoyar el tratamiento con métodos para incrementar la auto-estima; trabajo en el área de redes de apoyo social y un trabajo de detección temprana de las mujeres con estas características para apoyarlas desde el momento de ingresar al tratamiento.

Por otro lado, se encontró que aquellas mujeres con ciertas características, como son nivel educativo más alto, trabajo profesional fuera de la casa, mayor número de actividades, es decir más independientes y seguras de sí mismas; fueron personas exitosas en el tratamiento.

De entrada, las personas con estas características deben motivarse para entrar a estas opciones de tratamiento, ya que los resultados obtenidos a largo plazo (12 meses), muestran éxito en su control de consumo.

Es por esto que para romper el mito de que las mujeres tienen peores prognosis que los hombres; es necesario realizar investigación al respecto y se debe claramente especificar el proceso de tratamiento definiendo los componentes específicos del tratamiento ya sea para hombres como para mujeres de modo que los resultados sean reportados de la misma forma para ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala, V.H. y Gutierrez L.M. (1993). Una revisión de Programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones. Marzo-Abril. No. 16.

Annis, H.M; Liban, C.B.(1980). Alcoholism in Women: Treatment modalities and outcome. In O. Kalant. research advances in alcohol and drug problems. Vol.5.

Archer, John. (1985). Sex and Gender

Aries, Elizabeth. (1987). Gender and Comunication. In Phillip Shaver and Clyde Hendrick. Sex and Gender, Review of personality and social psychology. Newbury Park California.

Arnau Grass, J. (1990). Psicología Experimental "Un enfoque metodológico" Ed. Trillas México

Brett, P.J; Graham, K; Smithe, C; January 1995. An Analysis of Speciality Journals on Alcohol; Drugs and Addictive Behaviors for Sex Bias in Research Methods and reporting Journal of Studies on Alcohol.

Campbell, D. Y Stanley, J. (1982). Diseños experimentales y cuasi experimentales de la investigación social. Buenos Aires Argentina Ed. Amorroutu.

C. Campillo Serrano. (1982). Los Problemas relacionados con el Alcohol en México y Estrategias para Prevenirlos. En El Alcoholismo en México. Valentin Molina Piñeiro, Luis Sanchez M. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

David C. Lewis, M.D. May. 1991. Comparison of alcoholism and Other Medical Diseases: An Internist's View. Psychiatric Annals.

Edwards, G; & Gross, M.M.(1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical Syndrome. British Medical Journal.

Elsie, R. Shore, Ph.D. November 1994. Outcome of a Primary Prevention Project for Business and Professional Women. Journal of Studies on Alcohol.

Gomberg Edith S. (1977). Women with alcohol problems. Alcoholism: Development, consequences and intervention. Nada J. Estes; M. Edith Heinemann. Washington

Hall, Judith, A. (1987). On Explaining Gender Differences. In Phillip Shaver and Clyde Hendrick. Sex and Gender, review of personality and social psychology. California.

Hanson; Prieze, I; Cooney; Schaefer, P. (1985). Alcohol Use and Marital Violence: Female and Male Differences in Reactions to Alcohol. Wilsnack; S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Harris Isbell. Experimental Physical Dependence on Alcohol in Humans. Department of Medicina. University of Kentucky.

Hill, Shirley, Y. (1985). Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol- Related Problems among Women. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Horwitz J. Epidemiological and Preventive Aspects. National Health Service of Chile. Santiago de Chile.

James, L. York. January(1995). Women's Drinking More Like Men's Than Previously Thought. Journal of Studies on Alcohol. Research Institute on Addictions. Buffalo, N.Y.

Joy Leland. (1995). Alcohol use and abuse in Ethnic Minority Women. In Wilsnack; S.C. Alcohol, Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Kimberly, S; Walitzer. November (1994). New Program Helps Heavy-Drinking Women. Research Institute on Addictions.

Lammers, S. Alcohol Digest. Vol. 12, No. 47 May (1985). ISSN09-1652.

Lisansky; Gomberg, E; Lisansky, J.M. (1985). Antecedents of alcohol Problems in Women. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Marc. A. Schuckit and Robert M.J. Haglund. (1977). An Overview of The Etiological Theories on Alcoholism, Development, consequences and intervention. Nada J. Estes, M. Edith Heinemann. University of Washington.

Medina-mora, M.E; Rascón, M.L; Otero, B.R; Gutiérrez, E. (1988). Patrones de consumo de alcohol. El problema en México. Consumo de alcohol en México y Estados Unidos. Los Angeles; Ed. UCLA

Medina-Mora, M.E; Rascón, M.L; Otero, B.R; Tapia, c.R; Lazcano, F. (1989). Situación Epidemiológica del abuso de drogas en México. Bol. of Saint Panam.

Nada J. Estes and Joan M. Baker. (1977). Spouses of Alcoholic Women. Alcoholism: Development, consequences and intervention. Nada J. Estes, M. Edith Heinemann. Universidad de Washington

N. Kreitman. (1984). Alcohol Studies and Psychiatric Epidemiology. Social Psychiatry. 19: 153-154. Royal Edinburgh Hospital.

Reid K. Hester; William R. Miller (1995) Alcoholism Treatment Approaches. Efective alternatives. 2a Edición. Needham Heights, Massachusetts.

Remi, J. Cadoret. (1995). Familial Transmission of Psychiatric Disorders Asociated with Alcoholism. In The Genetics of Alcoholism. Henri Begleiter and Benjamin Kissin Oxford University Press.

Ronald, R. Watson. (1994) Addictive Behaviors in Women. Totowa, N.J. Humana Press.

Secretaría de Salud. Dirección Nacional de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) Alcohol. México 1993.

Sheila B. Blume, M.D. Women and Alcohol. Sept. 1986 Vol. 256 No. 11.

Toneatto, A; Sobell, L.C; Sobell, M.B. (1992). Gender Issues in the Treatment of Abusers of Alcohol, Nicotine and other Drugs. Journal of Substance Abuse.

Vannicelli, Marsha.(1985). Treatment Outcome of Alcoholic Women: The State of the Art in Relation to Sex Bias and Expectancy Effects. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Varela A. (1970). The Role of Personality in Alcohol Abuse. In Alcohol & Alcoholism. Robert E. Popham, The Addiction research foundation. University of Toronto Press.

Velasco, R. Fernandez. (1982). Factores Causales del Alcoholismo. En El alcoholismo en México. Valentin Molina Piñeiro, Luis Sánchez M. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.