

302925
1
2ej

Universidad
femenina
de México
UM

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**"CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO EN
JOVENES UNIVERSITARIOS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

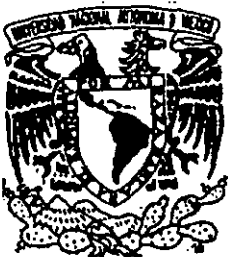
EDNA DE LAS NIEVES CASTILLO ESPINOZA

LETICIA GARCIA SANCHEZ

SOFIA OLVERA NAVA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ



MEXICO, D.F.

270698

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION

DISCONTINUA

Agradecimientos

Un agradecimiento especial

Al Dr. Jesús Quintanar por su apoyo, confianza y excelente profesionalismo en la revisión y asesoría de la tesis. Por su paciencia y comentarios a tiempo, los cuales fueron de gran utilidad.

Al Ing. Felipe Garcia G., por el apoyo incondicional que nos brindo en todo momento para la realización de este trabajo.

Gracias

Edna, Leticia y Sofía.

Gracias...

A ti Señor por haberme permitido llegar hasta esta etapa tan importante de mi vida y darme una familia unida y llena de amor.

A mis padres Sofia y Joaquin por el gran amor, apoyo y comprensión, que me siguen brindando. Por ser el motivo más importante para la realización de este trabajo.

A mis hermanos Gloria, Joaquin, Eva, Lourdes y Jesús, por que a pesar de la distancia nos seguimos manteniendo unidos. Por el cariño, confianza y apoyo que me brindaron durante toda la carrera. Por que son mi ejemplo a seguir.

Por darme unos sobrinos tan lindos a los que yo amo, Joshua Edward, Ashely Sophia, J. Juan Jesús, Shahin Diego, Amy Sofia, Marjon Susana y Allan Jack.

A mis amigas Edna y Sofia por sus consejos que han sido tan importantes para mí. Por su cariño, paciencia y apoyo que me han demostrado.

Y a todos aquellos que creyeron en mí.

LETY.

Con cariño dedico esta tesis

A Dios por ayudarme a cumplir una meta más en mi vida y sobre todo por ser mi guía, mi luz y mi fuerza en los momentos más difíciles.

A mi madre (+) que me dejó un gran ejemplo de amor y bondad para con los demás. Quién me enseñó que todo en la vida es posible y a quién agradezco sus sabios consejos y enseñanzas que me ayudaron a encaminar cada etapa de mi vida y carrera profesional hacia la superación.

A mi padre a quién admiro y respeto por ser un ejemplo de valor y entereza para enfrentar la vida, y quién me ha enseñado a seguir adelante superando cualquier obstáculo que se interponga en mi camino.

A mis hermanas por su confianza, apoyo y cariño. Por estar conmigo en los buenos y malos momentos, y por darme siempre una palabra de aliento cuando más lo necesitaba.

A mi abuelita por sus oraciones, paciencia y cariño brindado en todo momento.

A mis tías Hortencia y Fermina a quienes agradezco su gran apoyo y amor que me han demostrado siempre.

A ti Alejandro que a pesar de la distancia, siempre estuviste conmigo brindándome fortaleza para seguir adelante.

A mis amigas Sofía y Leticia con quién me dio mucho gusto compartir este trabajo y a quienes agradezco sus demostraciones de amistad y compañerismo.

¡Gracias!

Elna.

Agradezco...

A Dios por permitirme ver realizado lo que siempre anhele, guiándome e iluminándome cuando más lo necesitaba para que pudiera seguir adelante y así culminar con una de las metas más importantes de mi vida.

A mi esposo por su gran amor, confianza y apoyo que me brindo para que yo pudiera alcanzar esta meta, así como para la realización de este trabajo.

Mis hijos Diego y Mauricio por ser el motivo más importante en mi vida y los que me impulsan a seguir superándome.

A mi madre por creer en mí y por ofrecerme su amor y consejos.

A mis hermanas Teresa y Guadalupe que me ofrecieron su amor y apoyo incondicional durante toda la carrera. Así como a mis sobrinos Julio Alberto y Diana a quienes los quiero mucho y espero sigan adelante.

A mis amigas Leticia y Edna por su amistad, comprensión y confianza que depositaron en mí para llevar a cabo este trabajo.

SOFÍA.

INDICE

Págs.

Introducción

Justificación

Capítulo 1 Tabaco

1.1. Antecedentes	2
1.2. Efectos del Tabaco Sobre la Salud	4
1.3. Tabaquismo: Comunicación, Legislación y Celebraciones Internacionales Para la Salud.....	7
1.4. Dependencia al Tabaco	12
1.4.1. Dependencia Física o Adicción	12
1.4.2. Dependencia Psicológica	13

Capítulo 2 Alcohol

2.1. Antecedentes históricos del alcoholismo en México	16
2.1.1. El consumo de sustancias adictivas en el México Prehispánico	16
2.1.2. Embriaguez y alcoholismo en el México Colonial	18
2.1.3. De la Independencia a la Actualidad	20
2.2. Definición	21
2.3. Modelo Psicológico	25
2.4. Modelo Médico	27
2.5. Modelo Moral	29

2.6. Modelo Sociocultural	29
2.7. Modelo Interdisciplinario	31
2.8. El Consumo de Alcohol: Un fenómeno Dentro del Marco de la Salud Pública	32
2.9. Los Efectos del Alcohol en los Jóvenes Estudiantes	35
2.9.1. Los Estudiantes de la Universidad de Hong Kong	36
2.9.2. Los Estudiantes de Barcelona	36
2.9.3. Los Estudiantes de Reading en Gran Bretaña	36
2.9.4. Los Estudiantes de Canadá	37
2.9.5. Los Estudiantes de los Estados Unidos	38
2.9.6. El Alcohol y los Jóvenes en México	39
2.10. Problemas Médicos y Psicosociales Relacionados con el Consumo de Alcohol	42
2.11. Problemas Familiares	44
2.12. Efectos Laborales por el Consumo de Alcohol	45

Capítulo 3 Adolescencia

3.1. Aspectos Generales	48
3.2. Teoría del Desarrollo en la Adolescencia y la Juventud Planteada por Erikson	55
3.3. Adicción	63
3.4. Adicciones en la Adolescencia	68
3.5. El Abuso de Otras Drogas Durante la Adolescencia	72

Capítulo 4 Programas empleados para el abandono del hábito tabáquico

4.1. Programas Terapéuticos	78
4.1.1. Método Individual	78
4.2. Programa de Autoayuda y Asesoría Mínima	79

4.2.1. Trabajadores de la Salud	79
4.2.2. Métodos Estructurados	80
4.2.2.1. Programa de Educación Para la Salud	80
4.2.2.2. Psicoterapia Conductual	80
4.2.2.3. Reestructuración Cognoscitiva	80
4.2.2.4. Sustitutos con Nicotina en Tableta Masticable y Parche Transdérmico	81
4.3. Otros Métodos Auxiliares	82
4.3.1. Hipnosis	82
4.3.2. Acupuntura	82
4.4. Tipos de Terapia	82
4.4.1. Individual	83
4.4.2. Grupal	83
4.5. Educación	83
4.5.1. Actividades Antitabáquicas en Escuelas Primarias, Secundarias y Universidades.....	83
4.5.2. Actividades Antitabáquicas Educativas Dirigidas a la Población en General.....	84.
4.6. El Día Mundial Sin Tabaco	84
4.6.1. Evaluaciones de los Días Mundiales sin Tabaco	86
4.7. Clínica del Tabaquismo	87

Capítulo 5 Manejo psicoterapéutico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol

5.1. Psicopatología del Alcoholismo	91
5.2. Teorías Psicodinámicas del Alcoholismo	92
5.3. Objetivos de la Psicoterapia Para los Alcohólicos	95
5.3.1. La Abstinencia Como Meta	96
5.3.2. La Segunda Meta: Lograr un Óptimo Funcionamiento Psicosocial	99

5.4.	Estrategias Psicoterapéuticas	101
5.4.1.	Psicoterapia de Grupo	101
5.4.2.	Psicoterapia Individual	102
5.4.3.	Psicodrama	104
5.4.4.	Psicoterapia Familiar	104
5.4.5.	Psicoterapia Conductual	105
5.4.6.	Recursos Psicoterapéuticos Auxiliares	106
5.4.6.1.	Cinedabate Terapéutico	106
5.4.6.2.	Psicoterapia Artística	106
5.4.6.3.	Técnicas de Relajación	107
5.4.6.4.	Conferencias a Pacientes y Familiares	107
5.4.6.5.	Manejo de la Situación Laboral	107
5.4.6.6.	Ludoterapia	108
5.4.7.	Grupos de Autoayuda	108
5.4.7.1.	Alcohólicos Anónimos	108
5.4.7.2.	Grupos de Alanón	111

Capítulo 6 Metodología

6.1.	Planteamiento del Problema	113
6.2.	Hipótesis	113
6.3.	Variables	115
6.4.	Objetivos	115
6.4.1.	Objetivo General	115
6.4.2.	Objetivos Específicos	115
6.5.	Población y Muestra	115
6.5.1.	Población	115

6.5.2. Muestra	116
6.6. Obtención de datos	116
6.7. Tipo de Investigación	117
6.8. Nivel de Investigación	117
6.9. Diseño de Investigación	117
6.10. Procedimiento	117
6.11. Análisis Estadístico	118

Capítulo 7 Resultados

7.1. Presentación de Resultados y Gráficas.....	120
7.2. Análisis de Resultados	165

Conclusiones

Limitaciones

Sugerencias

Bibliografía

Anexo

INTRODUCCIÓN

El problema de alcoholismo y tabaquismo constituyen en la actualidad un motivo de reflexión y preocupación de toda persona consciente de la situación histórico-social en que se vive. Porque éste no sólo es un problema de salud pública, sino algo más crítico que afecta sobre todo a los adolescentes y que crece paso a paso en profundidad y extensión, ya que el adolescente bebe y fuma no tanto por el gusto del alcohol y tabaco, sino por sentirse adulto y desafiar la autoridad. Por otra parte, como el alcohol y tabaco se consiguen fácilmente, el adolescente puede tener la fantasía de satisfacer sus deseos de alegrarse y tener sensaciones nuevas acompañados de cierta animación mental, aunque arriesga su salud gravemente.

En un mundo donde el alcohol y tabaco se han convertido en símbolo de cordialidad y hospitalidad, es absurdo tratar de ocultar sus peligros a los hijos adolescentes. El alcohol es neutral en sí mismo, aunque usado en exceso provoque tantos males, el tabaco por su parte, provoca daños tanto al sujeto como a terceros desde el momento en que se exhala.

Por otro lado, cuando un joven pertenece a un grupo familiar y social en el que la mayoría fuman y beben, existe una mayor probabilidad de que esa persona empiece a fumar o beber para sentirse parte del grupo y ser aceptado y reconocido por éste, dándole mayor seguridad y confianza.

El propósito de esta tesis es expresar que el consumo de alcohol y tabaco, si bien no son los únicos, si representan uno de los fenómenos más angustiantes de la época y conforman una manifestación negativa como respuesta a un momento crucial de la sociedad.

La determinación del estudio de solamente estas sustancias se debe a que últimamente se les ha dado mayor uso, tomando en cuenta que son sustancias fáciles de adquirir para los alumnos de la universidad, factor de estudio de esta investigación. Se considera importante hablar sobre el tema de la adolescencia, debido a que la población estudiada en esta investigación se encuentra en un rango de 18 a 25 años de edad, lo cual corresponde

a la adolescencia tardía según Goldman, (1989). Así como también se retomó la teoría de Erikson al respecto se aborda este tema en el tercer capítulo.

En lo que hoy es México, desde tiempos muy remotos, el alcohol (bebida fermentada conocida como pulque) se ha utilizado tanto para fines curativos como para rituales religiosos. Los historiadores han hablado sobre acerca del consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas que se regían por criterios absolutamente diferentes a los válidos dentro de nuestra cultura. El que bebía podía emborracharse. El patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez. Pero no debe olvidarse que esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente avanzada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo. El segundo capítulo trata sobre el alcoholismo.

El término alcoholismo ha pasado al dominio popular y por ello, su significado real ha perdido precisión. Alcoholismo no quiere decir lo mismo para todo aquel que maneja el vocablo, cada disciplina le otorga un significado especial, de acuerdo con sus enfoques particulares. El problema del alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo biológico, psicológico, social y cultural, aunque difícilmente puede elaborarse un concepto que incluya todos los aspectos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1956 (citado en Guerra, Guerra 1977) define al alcoholismo como una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo. Siendo aceptada actualmente esta definición por la mayor parte de las agrupaciones médicas mundiales.

En cuanto a la opinión que tiene del alcoholismo, Velasco (1993), señala al alcoholismo como un grave problema de salud pública que ha rebasado casi todos los esfuerzos realizados por instituciones, organismos y

autoridades. Se debe aceptar que el alcoholismo es una condición patológica que hace sufrir física y mentalmente al bebedor. Pero los efectos dañinos del abuso de bebidas alcohólicas también afectan a la familia y sociedad.

Por otro lado uno de los estudios más recientes con que cuenta el país es el realizado por la Encuesta Nacional de Adicciones (Dirección General de Psiquiatría, DGP, 1993). Constituye uno de los estudios más recientes con que cuenta nuestro país. Y señala que dos terceras partes de los individuos entre 12 y 65 años de la población urbana consume alcohol.

Durante 1991 y 1992 la Secretaría de Educación Pública a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría, llevó a cabo una Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en lo que se refiere a prevalencia de uso, de drogas más usadas, problemas asociados con el consumo y subgrupos de población más afectados. Siendo el total de la muestra de 72,220 alumnos de secundaria, se encontró que el consumo del tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes en esta población estudiantil.

El índice de estudiantes que reportaron embriagarse por lo menos una vez a la semana, osciló entre 3 y 5%, siendo alta la prevalencia del consumo, ya que más del 90% de los estudiantes de la muestra eran menores de 18 años y no tenían aún la edad mínima para adquirir legalmente bebidas alcohólicas.

Existen también, estudios similares realizados en universidades de otros países y ciudades como son: Hong Kong, Barcelona, Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos, con resultados equiparables.

En cuanto a los tratamientos psicoterapéuticos empleados para reducir el consumo de alcohol se mencionan los siguientes: Psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, psicodrama, psicoterapia familiar, psicoterapia conductual y recursos terapéuticos auxiliares como son: cine-debate terapéutico, psicoterapia artística, técnicas de relajación, conferencias a pacientes y familiares, manejo de la situación laboral y ludoterapia. Y por último grupos de ayuda como son: alcohólicos anónimos y alánon los cuales tienen como propósito lograr un cambio de

mentalidad respecto del alcoholismo y crear en las personas una actitud que pueda provocar un cambio positivo en sus vidas. Estos aspectos se explican en el capítulo cinco.

En lo que respecta al tabaco tema que se abordó en el primer capítulo, para muchas personas es solamente un hábito que pretende proporcionar una sensación de bienestar pasajero. Sin embargo, esta adicción desafortunadamente causa daños a la salud, tanto en el corto plazo, como después de muchos años de consumo, siendo estos últimos fatales. Constituye uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, que además de ocasionar esos trastornos directos al fumador, afecta a todo el ámbito de la vida social. El tabaquismo es la principal causa de muertes prematuras, pero también paradójicamente, la más fácil de evitar. (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Numerosos estudios epidemiológicos reportan que el consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer en diferentes órganos, la enfermedad isquémica del corazón, la bronquitis crónica y el enfisema, así como riesgos en la reproducción humana, entre otros. Dichas investigaciones demostraron un rápido aumento en la mortalidad por estos padecimientos, reafirmando también la hipótesis de que el consumo de cigarrillos, la contaminación atmosférica y otros factores ambientales juegan un papel importante en la patogenia de estas enfermedades. (Dirección General de Epidemiología, 1993).

Además es preocupante la tendencia elevada en el consumo de tabaco, como lo demuestra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en población urbana en 1993, la cual indica que el 25% de los entrevistados entre 12 y 65 años de edad son fumadores, es decir, alrededor de 10 millones, con predominio en el sexo masculino. Alrededor del 41% de los encuestados son fumadores pasivos. (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Un análisis del problema llevado a cabo en 1993 en los Estados Unidos, calculó que los gastos en atención médica a los fumadores con problemas de salud atribuibles al tabaquismo, ascendieron a 17 mil millones de

dólares, y al agregar las pérdidas por ausentismo laboral y productividad, este costo ascendió a 41 millones de dólares. Esta situación se debe al aumento demográfico, pero principalmente al gran incremento en el número de jóvenes fumadores. Si continúan las mismas pautas del consumo actual, para el año 2020, el tabaco causará más de 10 millones de muertes en el mundo entero. Pese a estas cifras, algunos gobiernos temen hacer algo que puede molestar a la industria del tabaco y no admiten el gravísimo problema de salud que ya es de proporciones pandémicas. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1994).

Por otra parte entre las acciones que la OMS ha emprendido para desalentar el consumo de tabaco, una de las más importantes es la celebración, el 31 de mayo de cada año, el Día Mundial sin Tabaco. Las actividades de conmemoración de este día son coordinadas por la OMS, que en cumplimiento del mandato de la Asamblea Mundial de la Salud, que el 7 de abril de 1988, fecha del XL aniversario de la OMS, estableció el primer Día Mundial sin Tabaco.

Los fumadores pueden presentar dos tipos de dependencia hacia el cigarro, como lo es la dependencia física o adicción y la dependencia psicológica.

Conscientes de la dificultad que representa el hábito de fumar, diversos especialistas han generado propuestas de tratamientos intensivos para la reducción del uso de tabaco, sin dejar de lados los aspectos humanos como la comprensión hacia el fumador. Esto se detalla en el capítulo cuatro.

Se han propuesto diversos métodos para ayudar al abandono del cigarrillo, como son: método individual, programas de autoayuda y asesoría mínima, métodos estructurados, programa de educación para la salud, psicoterapia individual, reestructuración cognoscitiva, sustitutos con nicotina en tabletas masticables y parche transdérmico, así como otros métodos auxiliares como la hipnosis y la acupuntura.

La Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México (HGM), de la Secretaría de Salud (SSA); emplea dos tipos de terapia dependiendo de la evaluación psicológica previa y la personalidad del fumador; como son la terapia individual y grupal.

También se han realizado actividades antitabáquicas en escuelas primarias, secundarias y universidades; así como actividades educativas dirigidas a la población en general, que tienen como objetivo enfatizar la importancia de los derechos de los no fumadores y defenderse de los efectos nocivos del tabaco.

Por otra parte en la Clínica del Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, realiza acciones de prevención, enseñanza e investigación, una de las principales acciones es la función asistencial, con el objeto de apoyar a los fumadores severos, crónicos, a abandonar el hábito tabáquico.

El presente estudio pretende analizar el índice de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes universitarios. La muestra que se utiliza para dicho estudio es de 534 alumnos, sin importar el semestre que cursaban, ni la carrera. La edad de los alumnos es de 18 a 25 años, de ambos sexos. Se utiliza como instrumento un cuestionario de 14 preguntas, 10 cerradas y 4 abiertas, siendo la mayoría de opción múltiple. El tipo de investigación es de campo, expot-facto, transversal y confirmatoria. Se obtienen los siguientes resultados: El consumo de alcohol en la población de hombres es mayor que el de las mujeres; encontrándose también que los hombres inician su consumo de alcohol a una edad más temprana (13 a 16 años) a diferencia de las mujeres (17 a 20 años), reportando que su consumo de alcohol se da más en reuniones con amigos.

En lo que se refiere al consumo de tabaco se encontró que no es muy grande la diferencia entre ambos sexos. La mayoría de los alumnos, están interesados en que exista un programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco dentro de la universidad.

Por último, como el tabaco y el alcohol son sustancias psicoactivas permitidas socialmente no se debe olvidar que son consideradas como inductoras de dependencia y adicción y que por desgracia puede ser la entrada para posibles adicciones a otras drogas, aún más peligrosas sobre todo para los jóvenes.

JUSTIFICACIÓN

No cabe duda que el consumo de alcohol y tabaco existe en nuestro país como una situación importante y seria, y a pesar de que han sido temas tratados frecuentemente en otros países, no lo han sido tanto en el nuestro, y aún menos dentro de la población juvenil.

Sin lugar a dudas, en muchos países, este problema se incrementa día con día, debido a esto durante las últimas décadas la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han dado voces de alarma, que aún no han sido escuchados y que obligan a emprender acciones preventivas terapéuticas y de rehabilitación.

El Alcoholismo y Tabaquismo afecta tanto a familias acomodadas de países ricos y pobres como a aquellas que viven en los suburbios de las grandes ciudades o aún en comunidades rurales económicamente pobres. La alta incidencia de alcoholismo es común a las más diversas sociedades, a pesar de las diferencias de idioma, geografía, economía, o grado de desarrollo tecnológico.

México, así como la mayoría de los demás países de habla hispana, no escapa, de esta situación. Naturalmente son muchas las variables que inciden para dar a cada nación matices diferenciales, pero en todos aquellos que consumen alcohol y tabaco sufren los mismos trastornos físicos y mentales que generan sufrimiento.

Tanto el alcohol como el tabaco son sustancias legalmente aceptadas, lo que hace que una gran sociedad encuentre aparentemente un bienestar común través del consumo, por lo que en fiestas y reuniones, se vuelven indispensables, sin pensar en las consecuencias que pueden acarrear; como lo es el alcoholismo, grave enfermedad, difícil de dejar e imposible de curar, por otro lado, no menos dañino es el tabaquismo, el cual puede provocar cáncer en los pulmones, entre otras cosas.

Tanto el consumo de alcohol y tabaco pueden dar origen a la ingesta de otras drogas como la cocaína y marihuana que son sustancias tóxicas ilegales, sin embargo son consumidas entre los jóvenes.

El hábito de consumir alcohol y tabaco se adquiere por lo general en la juventud y ya presentado, es difícil de eliminar, por lo que entre más se conozcan sus características mayor es la posibilidad de planear acciones concretas que permitan su control.

El interés primordial de esta investigación es observar con qué frecuencia se da el consumo de alcohol y tabaco entre hombres y mujeres, por lo que es importante y necesario realizar la investigación en jóvenes que cursan la universidad para ver indicadores de consumo y establecer programas que contribuyan a erradicar tales conductas y con ello mejorar los niveles de adaptación escolar que nos orienten al alcance de la excelencia académica como meta de la Universidad del Valle de México.

Si en su pasado el consumo de alcohol y tabaco ha sido tema de estudio, hoy en día se ha convertido en un problema grave como se mencionó anteriormente; ya que día a día, los jóvenes cada vez más abrumados por distintas presiones propias de la etapa que viven; el consumo de dichas sustancias puede verse incrementado como un intento vano de acabar con dichas presiones.

El consumo de alcohol y tabaco es y seguirá siendo un problema de salud pública con fatales consecuencias, por lo que es necesario dedicarle estudio y medidas de prevención.

CAPÍTULO 1

TABACO

1.1. Antecedentes

El tabaco (*Nicotina Tabacum*), es una planta originaria de América. En el México antiguo su uso fue para "fines curativos", como uno de los aspectos mágicos en los conjuros de esa época, en donde se necesitaba expulsar a los malos espíritus que aquejaban a los enfermos. Se acostumbraba sacar la hoja a la intemperie mezclándola enseguida con cal; dicha preparación se colocaba entre los labios y las encías. Se pensaba que si el individuo se dormía en el campo, con el tabaco en la mano, no había peligro de que lo atacasen los animales ponzoñosos, y así mismo servía para aliviar determinados dolores.

Sahagún (1969, en Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1994), informa que el tabaco era empleado contra varias enfermedades y además se utilizaba el tabaco molido frotándolo sobre las heridas.

Esta planta fue utilizada también en los ritos religiosos, entre ellos los funerarios, como medio de congraciarse con los dioses y espíritus de los muertos. Existe como evidencia de lo anterior, la crónica del Padre Clavijero, donde indica que los sumos sacerdotes realizaban una mezcla con diferentes insectos y serpientes ponzoñosas la cual se quemaba sobre el "hogar del templo". En su manuscrito señala: "... amasaban sus cenizas en un mortero con ovin del ocotl, con tabaco y con la yerba alolihiqui..." y presentaban dentro de sus pequeños vaso ésta mezcla para ofrendarla a sus dioses.

Los cronistas que describieron los múltiples usos que las culturas chichimecas en las regiones de Tlaxcala, Michoacán, así como las mayas, entre otros, daban al tabaco.

Para los conquistadores las plantas mexicanas eran amenazadoras. Se les atribuyeron efectos dramáticos y provocar visiones espantosas en las que siempre el común denominador fue el demonio, o sea, los dioses de las culturas prehispánicas. Es lógico que el significado de esas visiones fuera absolutamente diferente para los

indígenas que para los europeos. También es lógico que estos últimos se aterrorizaran ante la presencia oculta del diablo. (Tapia, 1994).

El tabaco fue enviado a España en 1518, y su uso se extendió a toda Europa, de tal manera que a fines del siglo XIX su consumo era generalizado, principalmente debido al desarrollo de formas mecanizadas de producción de cigarrillos.

La percepción que los europeos tuvieron del consumo del tabaco en los años subsiguientes al descubrimiento de América fue de desconfianza, aunque se le atribuyó ser placentero, acepción que resultó finalmente dominante.

Quizá el primero que fumó en Europa fue Rodrigo de Jerez, uno de los marineros de Colón. Cuando se le vio en España echando humo por boca y nariz, no faltaron quienes sospecharon que estaba poseído por el demonio y el infortunado fumador fue a parar a las cárceles de la Inquisición en las que pasó un buen número de años, hasta que, ya extendida la costumbre de fumar, fue liberado por falta de méritos Bühler-Oppenheim, (1949, en Tapia, 1994). Para entonces, Las Casas escribía que había conocido a algunos españoles que eran reprimidos por fumar, diciéndoseles que eso era un vicio, replicaban que eran incapaces de dejarlo.

Menos aventurado resultó el hábito de mascararlo, descrito por Américo Vespucio en 1507 y difundido por los marineros de su tripulación (Tapia, 1994).

El trato con indígenas de América del Norte mostró otra forma de consumo, fumar en pipa, que fue visto, imitado y difundido por sir Walter Raleigh, Bühler-Oppenheim, (1949, en Tapia, 1994), aunque no hay que olvidar que esta costumbre estaba también muy difundida a lo largo de toda Mesoamérica.

Mucho se ha discutido en la actualidad los efectos alucinógenos del tabaco, aduciéndose en contra de ellos la cantidad de fumadores que consumen cotidianamente cigarrillos y la imposibilidad de producir alucinaciones en

condiciones experimentales. Sin embargo, todos los informes procedentes de las culturas prehispánicas dejan abierta la posibilidad y los hay que francamente lo declaran así. Ahora bien, no debemos olvidar que existen en América muchas variedades de tabaco y que es frecuente que las plantas cultivadas pierdan sus propiedades al cambiar las características del suelo, cuando son trasladadas a otros climas o si cambian sus características físicas.

1.2. Efectos del Tabaco Sobre la Salud:

Para muchas personas el tabaquismo es sólo un hábito que proporciona una sensación de bienestar pasajero. Sin embargo, esta adicción desafortunadamente causa daños a la salud, tanto en el corto plazo, como después de muchos años de consumo, siendo estos últimos los más graves. Constituye uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial que además de ocasionar esos trastornos directos al fumador, afecta a todo el ámbito de la vida social. El tabaquismo es la principal causa de muertes prematuras, pero también paradójicamente, la más fácil de evitar. (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Numerosos estudios epidemiológicos reportaron que el consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer en diferentes órganos, la enfermedad isquémica del corazón, la bronquitis crónica y el enfisema, así como riesgos en la reproducción humana, entre otros. Dichas investigaciones demostraron un rápido aumento en la mortalidad por estos padecimientos, reafirmando también la hipótesis de que el consumo de cigarrillos, la contaminación atmosférica y otros factores ambientales juegan un papel importante en la patogenia de estas enfermedades. (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Desde 1986 se confirmó que la exposición al humo del tabaco en el ambiente conocido como tabaquismo pasivo, lo que significa que un individuo no fumador está expuesto en forma involuntaria al humo que otros emiten en un ambiente cerrado, (HTA, tabaquismo pasivo), puede ser un factor de riesgo de cáncer pulmonar para el 30 % de los adultos no fumadores cotidianamente en contacto con el humo de tabaco en ámbitos

cerrados, ya que este humo pasivo, de segunda mano o humo lateral contiene 5 veces más monóxido de carbono y 3 veces más nicotina. Por ello la agencia de protección ambiental de los EE.UU., ha propuesto que se declare que el humo de segunda mano es un carcinógeno humano conocido, en la misma categoría que el asbesto, el arsénico y el benceno. Además de que los hijos de padres fumadores presentan con mayor frecuencia síntomas e infecciones respiratorias, así como decremento en su capacidad funcional, a medida que el pulmón madura.

México no escapa a este conjunto de problemas, como lo señala las estadísticas de mortalidad por motivos específicos para el año 1993, donde de las diez primeras causas de fallecimiento, los padecimientos relacionados con el consumo de tabaco ocupan los primeros lugares.

Además, es preocupante la tendencia elevada en el consumo de tabaco como lo demuestra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en población urbana en 1993, la cual indica que el 25% de los entrevistados entre 12 y 65 años de edad son fumadores, es decir, alrededor de 10 millones, con predominio en el sexo masculino. Alrededor del 41% de los encuestados son fumadores pasivos.

Respecto a los fumadores pasivos, se encontró, que el 61% son mujeres y el 39% hombres; es importante tomar en cuenta que las mujeres fumadoras pasivas pueden estar embarazadas y el que inhalen el humo del tabaco no sólo las afecta a ellas, sino al producto que están gestando. Las mujeres están mucho más expuestas, situación que es importante tomar en cuenta, ya que una mujer que no fuma, pero que convive con un fumador corre un riesgo 3 veces mayor de sufrir un ataque cardíaco que aquellas que no tiene contacto con fumadores. En relación a la edad, el 31% de los fumadores pasivos son jóvenes entre los 12 y 18 años; les sigue con un 26% el grupo de los 19 a 25 años. Por lo general estos jóvenes respiran el humo del cigarro de sus padres, maestros y amigos fumadores.

El sitio de mayor exposición de los fumadores pasivos fue la casa, con un 74%, siguiendo el centro de trabajo, con un 28% y por último las escuelas, con un 17%; el hecho de que los hogares continúen siendo los lugares de mayor exposición hace pensar en la falta de conciencia de la población fumadora acerca de los daños

que ocasiona el inhalar el humo del cigarro. Siendo el trabajo el lugar donde un individuo permanece un tercio de su tiempo diariamente, y en ocasiones hasta más, es necesario restringir estas áreas a la exposición del tabáco, debido a las consecuencias para la salud y el ausentismo laboral que ocasiona. (ENA, 1993).

Es reconocido que el humo del tabaco tiene más de 4000 componentes, destacando entre los más importantes la nicotina, los alquitranes y el monóxido de carbono. La acción de la nicotina sobre el cerebro es el más importante de los daños que el tabaco ocasiona al fumador, ya que este alcaloide líquido y oleaginoso estimula al Sistema Nervioso Central y Periférico creando dependencia y desarrollando tolerancia. La abstinencia y la inquietud pueden ocurrir cuando la administración de la nicotina es interrumpida. En el nivel psicoconductual, la nicotina parece aliviar la inquietud emocional, o incrementar la habilidad para enfrentar los problemas y el estrés de cada día, pero no es así, pues se trata de un estimulante. (ENA, 1993).

Prácticamente uno de cada cuatro fallecimientos que ocurren en nuestro país tienen alguna vinculación con esta hábito, debido a enfermedades como padecimientos del corazón, cáncer, bronquitis y enfisema. (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Un análisis del problema llevado a cabo en 1993 en los Estados Unidos, calculó que los gastos en atención médica a los fumadores con problemas de salud atribuibles al tabaquismo, ascendieron a 17 mil millones de dólares, y al agregar las pérdidas por ausentismo laboral y productividad, este costo ascendió a 41 mil millones de dólares. Esta situación se debe al aumento demográfico, pero principalmente al gran incremento en el número de jóvenes fumadores. Si continúan las mismas pautas del consumo actual, para el año 2020, el tabaco causará más de 10 millones de muertes en el mundo entero. Pese a estas cifras, algunos gobiernos temen hacer algo que pueda molestar a la industria del tabaco y no admiten el gravísimo problema de salud que ya es de proporciones pandémicas.

Durante los últimos diez años el consumo del tabaco se ha incrementado en 31% en América Latina, en 41.5% en África y el 28.5% el Asia. Cabe destacar que en los países menos desarrollados vive la mayor

población del mundo, así como la mayor parte de los fumadores y masticadores de tabaco. En 1980 sólo China consumió el 29.3% del total del consumo de cigarrillos en el mundo, lo que equivale a 1.5 trillones de cigarrillos. El potencial del mercado en Asia para la venta del tabaco, crece día con día. Se estima que las ventas de cigarrillos en este continente se incrementarán 18% para el año 2000.

En lo que se refiere al tabaquismo y sus daños a la salud, no existen diferencias importantes entre los diversos países del mundo. Al respecto se citan tres naciones: en Japón, por ejemplo, donde un 78% de la población fuma, la prevalencia del cáncer del pulmón ya supera a la tuberculosis. En Estados Unidos pese a la disminución de un 20% en el número de fumadores en 1964, la población que fuma lo hace más que antes; esta situación ocasiona 300 mil muertes al año. En 1984 se estimaron los costos médicos directos en 23.3 mil millones de dólares, en costos médicos por enfermedad 9.3 mil millones, en costos indirectos por mortalidad 21.1 mil millones. Es decir que en un año se gastaron aproximadamente 54 mil millones de dólares de manera innecesaria. En China, donde el consumo del tabaco se ha duplicado, es el principal productor de este producto a nivel mundial, aunque cabe mencionar que consume todo el tabaco que produce. Existen proyecciones que indican que todos los niños vivos, actualmente de menos de 20 años, 50 millones morirán a causa del tabaquismo. La situación en América Latina no es menos desafortunada.

A pesar de que se conocen las consecuencias del tabaquismo en la salud las acciones a nivel mundial para limitar o suspender, esta acción son muy limitadas y pocos fumadores mantienen su abstinencia. Así mismo existe un incremento constante en el número de nuevos fumadores, particularmente mujeres.

1.3. Tabaquismo: Comunicación, Legislación y Celebraciones Internacionales Para Su Control

En México se viven diversos problemas sociales y de salud relacionados con el consumo y tráfico de drogas. Sin embargo, la ingestión de bebidas alcohólicas junto con el tabaquismo, representan aún el mayor problema en materia de adicciones, y son la causa (de manera directa o indirecta) de gran número de defunciones en todos los niveles socioeconómicos.

El hábito de fumar generalmente se inicia por imitación, para sentirse más grandes o bien para resaltar la femineidad o masculinidad. Esto es conocido y explotado por la industria publicitaria del tabaco para extender sus ventas, de ahí que más del 80% de sus mensajes se dirijan de alguna manera hacia los jóvenes.

De igual forma los esfuerzos realizados por las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, en la prevención del hábito tabáquico, se orientan fundamentalmente hacia los adolescentes y mujeres embarazadas. Sin embargo, debemos reconocer que la mayoría de éstos han sido aislados e insuficientes. De ahí que se hayan utilizado propuestas con situaciones más tangibles y directamente relacionadas con los jóvenes, como mostrarles la dependencia que surge (No te dejes atrapar, libérate), y buscar la reflexión que promueva la oportunidad permanente para dejar a tiempo de fumar.

El problema abarca diversas facetas, por lo que es necesario abordarlo desde diferentes puntos de vista, para determinar los ámbitos de acción de cada una de las instancias para controlarlo. Esto requiere de la participación activa, decidida y responsable de los sectores públicos, social y privado, donde cada quien asuma la parte que le corresponda.

Dentro de estos diversos ámbitos de acción se encuentran la comunicación y la legislación, como dos vías para incidir sobre el tabaquismo. Lo mejor es considerarlas como áreas complementarias.

Se debe partir de entender la comunicación en salud como proceso sistemático de intercambio de mensajes entre receptores y emisores, dirigidos a proporcionar información, disponer el ánimo, facilitar la toma de decisiones y actuar sobre los factores que afectan la salud de la población.

En la lucha contra el tabaquismo es fundamental la participación firme y decidida de los comunicadores, al facilitarles a las personas y a la sociedad los conocimientos que conlleven a la adopción de actitudes y al desarrollo de hábitos favorables para la salud, por lo que les corresponden las siguientes tareas:

- Promover ante personas y grupos estilos de vida saludables.
- Impulsar el mejoramiento de los ambientes físico y social al identificar factores de riesgo, como el tabaquismo.
- Involucrar a las organizaciones políticas, institucionales y profesionales en la conveniencia y necesidad de avanzar en la legislación respectiva.

Es importante también hacer accesible a toda la población, de manera constante, información real sobre las adicciones, así como opciones y alternativas positivas al joven, tendientes al desarrollo de una capacidad asertiva que le ayude a ser una persona libre y responsable de sí mismo.

Por otra parte, es necesario considerar la relevancia que conlleva al contar con un marco normativo lo suficientemente sólido, que permita ejercer acciones decididas y responsables en aras del bienestar común y la salud de la población.

Si bien actualmente se cuenta con herramientas jurídicas para enfrentar el problema, debemos señalar que se ha fallado en la aplicación de las mismas. Por ejemplo, el Reglamento para los No fumadores, emitido inicialmente en el Distrito Federal, y que se ha extendido a diversas entidades del país, con el propósito de proteger a la población, prohíbe consumir tabaco en cines, teatros, centros de salud, auditorios, locales cerrados, vehículos colectivos, escuelas, oficinas bancarias, tiendas de autoservicio, etcétera. Sin embargo, observamos cotidianamente que tal hábito se practica en estos lugares sin que exista el elemento aplicativo de la norma que lo impida.

A pesar de ello, las acciones educativas e informativas han propiciado el fortalecimiento del rechazo social a esta hábito, lo que se traduce en que cada vez sea más frecuente encontrar a gente convencida y comprometida que se atreve a levantar su voz para impedir que se fume en su presencia.

La Ley General de Salud, reconoce el consumo del tabaco como una práctica de alto riesgo, causante de enfermedades crónicas y degenerativas, además de relacionarse con gran número de defunciones.

Contempla además la obligación para desarrollar programas que incluyan aspectos preventivos, terapéuticos y de rehabilitación, y establece la regulación de la publicidad relacionada con el hábito tabáquico en su Artículo 308.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad establece en su Capítulo IV, las disposiciones a las que debe apegarse la relacionada con el tabaco, ya sea a través de la promoción del producto, o la que identifique de manera visual o auditiva marca, emblema, nombre o rúbrica.

En este Reglamento encontramos, en su Artículo 34, que la publicidad deberá limitarse a proporcionar información sobre las características y técnicas de su elaboración, y no podrá asociar su consumo con ideas o imágenes de éxito en el amor o en la sexualidad de las personas, con actividades creativas o deportivas, centros laborales o instituciones educativas, ni hacer exaltación del prestigio social, hombría o feminidad del público a quien se dirige. Además, no deben utilizar en los promocionales personas menores de 25 años o asociarlas con actividades propias de su edad.

Las grandes Corporaciones Transnacionales que dominan la industria tabacalera de América Latina y del Caribe han logrado saturar todo el continente con su publicidad, expandir sus mercados e importar por doquier el consumo del tabaco.

Ha sido repetidamente comentado el efecto negativo de los medios de comunicación con relación al incremento de las tasas de tabaquismo, mediante la publicidad dirigida a todo público y en particular para los jóvenes. Aunque las grandes compañías tabacaleras insisten en que sus campañas no están orientadas a este sector, se ha estimado que su gasto en publicidad y promoción es de 4.6 billones de dólares anuales aproximadamente, siendo la mayor parte de ella enfocada al segmento de población menor de 18 años. Las

empresas tabacaleras hacen buen uso del hecho de que el más grande porcentaje de los fumadores comienza antes de los 18 años, por lo que estimulan y motivan su iniciación temprana en este hábito.

Los sistemas de mercadeo y publicidad de los consorcios tabacalero son altamente eficaces. Saben utilizar el marketing y los medios de comunicación a su alcance para estimular a los jóvenes. Por ejemplo, Joe Camel, como personaje gracioso inventado en 1988, es el símbolo de uno de los productos de la compañía R.J. Reynolds que representa una serie de aspectos positivos que parecieran asociarse con el hecho de ser fumador: sol, playa, sexo, amistades, diversión y todo tipo de eventos agradables. Su imagen aparece en toallas, camisas, sombreros, llaveros, etcétera, como ejemplo de afabilidad y confianza, al grado que los niños de seis años lo reconocen y asocian con el acto de fumar. Un estudio entre infantes de estas edad concluyó que Joe Camel es casi tan popular como Mickey Mouse. Desde su creación, las ventas ilegales de cigarrillos a menores de 18 años se incrementó de 0.5 a 32.8 por ciento, lo que demostró la aparente y estrecha correlación entre publicidad y comportamiento.

Los medios, que en sí mismos no condicionan la aparición de adicciones, pueden también ser utilizados positivamente en beneficio de la salud de la población. Para conseguir este objetivo, es importante no sólo pensar en comunicar o informar a la gente, sino en persuadirla a no fumar o a disminuir el consumo actual de tabaco y de cualquier otra sustancia adictiva. La persuasión deberá tener como propósito demostrar que abstenerse de consumir tabaco no sólo es más saludable, sino que es tan o más agradable que fumar. Este fin, verdaderamente ambicioso, requiere de la utilización de todos los medios a nuestro alcance y del aprovechamiento de cualquier oportunidad propicia para hacerlo.

La tarea no es fácil porque el producto que se quiere vender es un bien intangible, cuyos beneficios no son fácilmente perceptibles para la mayoría de la población. Es un tema y una estrategia de mercadeo social que requiere de la participación interdisciplinaria de personal capacitado y de la movilización de una enorme cantidad de recursos.

Otro punto interesante a considerar es el patrocinio de eventos deportivos o artísticos, donde la industria tabacalera al igual que la de alcohol son los principales promotores. De tal modo si hubiera restricciones al respecto, existiría el riesgo de prohibir el fomento de actividades que pueden alejar de conductas nocivas a la población, y, en especial, a los jóvenes.

Existen diferentes aspectos a tomar en cuenta en lo relacionado con los procesos comunicacionales y legislativos relacionados con el tabaco, pero esto no debe limitar las actividades que busquen de una sociedad mejor informada sobre la problemática que este hábito representa y sobre todo más ocupada en su combate.

1.4. Dependencia al Tabaco:

Los fumadores pueden presentar dos tipos de dependencia hacia el cigarro, como lo es la dependencia física o adicción y la dependencia psicológica.

1.4.1. Dependencia Física o Adicción: Es un estado de adaptación biológica del organismo, a una de las sustancias tóxicas del humo del cigarro y que es la nicotina. Cuando un fumador continuo suspende bruscamente la droga, presenta manifestaciones más o menos intensas que caracterizan al síndrome de abstinencia.

Entre los síntomas que más frecuentemente se presentan están: depresión, tensión, ansiedad, irritabilidad, inquietud, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, sudoración, cambios gastrointestinales, cambios de frecuencia cardiaca y en la presión sanguínea. La duración de estas molestias y su intensidad varían de acuerdo con la persona y con la cantidad de cigarros que consuma.

Tres de cada cuatro fumadores han deseado o intentado dejar de fumar alguna vez en su vida, pero sólo el 15% de los que lo intentan lo logran antes de los 60 años. De aquí, podemos concluir que muchas veces la gente fuma no por que quiere, sino por que no puede abandonar el hábito.

1.4.2. Dependencia Psicológica: Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que al suprimirla siente la imperiosa necesidad de consumirla. En muchas ocasiones es más difícil deshacerse de la adicción psicológica, ya que el fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes, como sería una reunión con los amigos o un momento de descanso durante el trabajo.

Desde el punto de vista conductual, el hábito es un reforzamiento. Si tomamos en cuenta el número de fumadas por cigarrillo y la cantidad de cigarrillos consumidos durante el día, se puede calcular la enorme carga de reforzadores, lo que lleva a la conclusión de que el fumar es una conducta altamente reforzada. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1994).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 1993, en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos, el 60% de los encuestados indicó fumar de 1 a 5, cigarrillos siendo clasificados como fumadores leves; la mayoría lo hizo con una frecuencia diaria. El 29% consume de 6 a 15 cigarrillos (fumadores moderados), haciéndolo también a diario. Lo anterior debe preocupar, ya que el 89% de los fumadores consumen nicotina constantemente; esto indica que no sólo aquellos que fuman 16 cigarrillos diarios o más serán dependientes, sino también los que actualmente fuman menos de esta cantidad, debido al efecto de tolerancia.

Al estudiar a los fumadores de acuerdo a su frecuencia de consumo en diarios, semanales, mensuales y ocasionales, se encontró que el 56% consume tabaco a diario, por lo que es importante conocer más a fondo el comportamiento de esta población.

Respecto a cuál es el cigarrillo más difícil de suprimir, la mayoría respondió que el de "después de comer", seguido por el de "antes de dormir". (31% y 18.8% respectivamente).

En relación a los fumadores a diario, se investigó respecto a su actitud de continuar fumando. Aún cuando son evidentes los daños provocados por el consumo de tabaco, el 14.4% respondió que a pesar de estar enfermos continúan fumando, el 27,9% afirma presentar síntomas de nerviosismo cuando no fuma. En lo que respecta a los intentos de disminuir el cigarrillo, 57.3% de los fumadores ha tratado de fumar menos, mientras que el 42.6% no lo ha intentado.

Dentro del grupo de ex-fumadores el 56% son hombres, mientras que el 44% son mujeres, donde se reportó que el principal motivo (43%), para abandonar el hábito, fue la "conciencia de daño". El 12.2% dejó de hacerlo, señalando como causa que se hartó de fumar". El 86.3% de los ex-fumadores dijo haber abandonado el cigarrillo súbitamente, lo cual concuerda con lo señalado por la literatura que menciona que la mejor manera de dejar el hábito tabáquico es hacerlo abruptamente. Otros métodos señalados, en mucha menor proporción fueron disminución gradual 5.1% y por tratamiento 1.4%.

CAPÍTULO 2
ALCOHOLISMO

2.1. Antecedentes Históricos del Alcoholismo en México

2.1.1. El Consumo de Sustancias Adictivas en el México Prehispánico: Desde tiempos muy remotos, el hombre ha utilizado sustancias que producen efectos negativos en su organismo y lo elevan temporalmente por encima de la realidad frecuentemente hostil, para una vez pasados los efectos, regresar a ella.

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica.

Quizá la sustancia de uso más extendido en el México prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia. Era muy claro el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los centzontotchtin, los "cuatrocientos conejos", deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez puede provocar con los diferentes individuos. Los que se duermen en cuanto se emborrachan, los que se entristecen y empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando, los que dirigen "sus desvergüenzas contra otros" siendo agresivos, los que toman actitudes prepotentes y dicen ser ricos y poderosos, los que "sospechan mal de todo y de todos, los que buscan compañía de otros borrachos iguales a ellos..."

Relacionado con la luna, el pulque fue considerado como una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos con características asimismo específicas.

El pulque tenía un uso ceremonial, perfectamente reglamentado. Iba desde dar de beber el teoctli -pulque de los dioses- a los prisioneros, víctimas en el sacrificio gladiatorio en la fiesta de Huitzilopochtli en el día Ce técpatl (1 pedernal), hasta la borrachera general que incluía a los niños en la festividad denominada pillihiani.

Sin embargo los historiadores han insistido de sobra acerca del patrón de consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas que se regían por criterios absolutamente diferentes a los válidos dentro de nuestra cultura. El que bebía podía emborracharse. El patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez. Pero

no debe olvidarse que esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente avanzada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo. El Códice Mendocino señala que setenta años era la edad a la que los viejos podían empezar a beber sin restricciones, aunque otros textos orientan a pensar que esto era al pasar del siglo, es decir, de los 52 años. La borrachera de los viejos de uno y otro sexo se convertía en ceremonial durante la fiesta de Tlaxochimaco, en la que, ya borrachos, "reñían unos con otros y otros se jactaban de sus valentías " (Florentino, citado en Sahagún, 1980).

No obstante, al margen de lo anterior quedaba la parte prohibida de la embriaguez. El que bebía era severamente castigado, existiendo un rigurosísimo código de control social, de acuerdo con el cual, cuanto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor sería su castigo. El ejemplo del señor de Cuautitlán , mandado ahorcar por Moctezuma a causa de sus frecuentes borracheras, habla por sí sólo (Florentino, citado en Sahagún, 1980). A otros, sobre todo si eran plebeyos y era la primera vez, se les trasquilaba o se les daba de palos, pero la reincidencia significaba la pena de muerte.

Ahora bien, es probable que en la práctica las cosas no fueran de entrada tan severas como mencionan los textos. Tlachinoltzin, el señor de Cuautitlán mencionado, sólo fue ajusticiado después que había hecho muestra pública de su alcoholismo y de haber acabado con sus bienes. Se hablaba del alcohólico que no podía dejar de cumplir con su destino, como era el caso de aquellos individuos que nacidos en el día 2-conejo no tenían más remedio que beber y ser borrachos. esto es, ser alcohólicos. Aunque debe hacerse notar que el hecho de que se hablara de un destino no hacía que se soslayaran los efectos perjudiciales de ese vicio. Es fuente de todo mal y de toda perdición, dicen los autores del Códice Florentino:

Porque este octli es y esta borrachería es causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal que trae consigo todos los males juntos . De esta borrachera proceden todos los adulterios

estupros, corrupción de vírgenes y violencia de parientes y afines; de esta borrachera proceden los hurtos y robos y latrocinios y violencias; también proceden las maldiciones y falsos testimonios y murmuraciones, riñas y gritos; todas estas cosas causa el octli y la borrachería...

Como quiera que sea puede afirmarse que el alcoholismo no representó un grave problema a las sociedades del México prehispánico, tal vez en virtud de que la alternancia de estrictas medidas represivas y la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas ofrecía un adecuado punto de equilibrio.

De esta manera, los antiguos mexicanos permitían los placeres de la bebida sólo a aquéllos cuya vida activa había terminado y ya no podían ser una carga para la sociedad.

2.1.2. Embriaguez y Alcoholismo en el México Colonial: Cuando llegaron los españoles, abolieron estos inhumanos castigos; poco tiempo después se verificó un aumento considerable del alcoholismo entre los aborígenes, problema que las nuevas medidas de control no pudieron frenar. Al respecto, Sahagún (1969) escribió lo siguiente:

...los hace a ellos odiosos a Dios y a los hombres, y aún les causa grandes enfermedades y breve vida, será menester poner remedio; parécenos a todos que la principal causa de esto es la borrachera, que como cesó aquel rigor antiguo, de castigar con pena de muerte las borracheras, aunque ahora se castigan con azotarlos, tranquilizarlos y venderlos como esclavos, por años o por meses, no es suficiente castigo éste para cesar de emborracarse, y aun tampoco las predicaciones muy frecuentes contra este vicio, ni las amenazas del infierno bastan para refrenarlos, y son estas borracheras tan destempladas y perjudiciales a la República y a la salud y salvación de lo que las ejercitan, que por ellas se causan muchas muertes porque se matan los unos a los otros estando borrachos, y se maltratan de obras y de palabras...

Con la Conquista todo cambió de pronto, todos los cronistas de la época concuerdan en señalar que los indios eran individuos proclives al vicio del alcoholismo y que era verdaderamente escandalosa la proporción de

borrachos entre ellos y la magnitud del problema. Es hecho probado que el control de pulque y su sentido religioso desaparecieron para dar lugar a un discurso social de naturaleza totalmente diferente, en el que además de incluir el vino en los oficios religiosos, manifestaba que éste podía ser bebido con moderación, sin discriminación de edad (Cocuera, citado en Sahagún, 1980).

Gruzinski, (1988) señala los efectos que tuvo la "liberación" del pulque, desaparecieron las ceremonias y las restricciones, de manera que cualquiera podía tomar pulque en el momento en que se le antojara. Pudiera decirse que los frailes, especialmente los franciscanos, habían predicado una cultura de moderación en la que el beber ocupaba un lugar, pero el hecho fue que la sustitución religiosa dejó al pulque también fuera de control y que el patrón privativo fue beber hasta la embriaguez, que era lo usual en las ceremonias religiosas prehispánicas, sólo que en lo sucesivo se realizaría fuera de ese contexto. Cualquiera día, cualquier pretexto justificaban una borrachera.

Es también digno de mencionarse el hecho de que a partir del siglo XVI, el pulque se convierte en bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada como propia de la plebe, no siendo rehabilitado su consumo salvo en grupos sociales muy específicos, como lo fueron los propietarios de haciendas pulqueras.

También desde el siglo XVI se añaden otros productos alcohólicos a los hasta entonces disponibles. Todos ellos tienen como característica que son productos de destilación, lo que los diferencia radicalmente del pulque y otros productos fermentados prehispánicos. El cultivo de caña de azúcar, promovido desde muy tempranas épocas por el propio Hernán Cortés en el Marquesado del Valle, trajo como consecuencia la disponibilidad del aguardiente de caña en el mercado, al que pronto se aficionó gran parte de la población de las mismas zonas de producción. Más tarde la producción de mezcal y tequila, es decir destilados de agaves, llenó los huecos dejados en el mapa de la alcoholización del país.

2.1.3. De la Independencia a la Actualidad: Durante la Independencia el número de cantinas aumenta. Se produce la cerveza en gran escala al igual que el tequila. Hay preferencia por la bebidas de gran graduación y empieza a declinar la producción del pulque.

Ahora bien el tequila es en la actualidad, un aguardiente típicamente mexicano, que al parecer, ya se conocía en la época de las culturas indígenas. Se dice que fue la tribu de los tequila o tequilos, quienes después de haber aprendido a conocer el cogoyo del maguey y su proceso complementario, elaboraban en Amatitlán dicha bebida.

Aumenta la producción del pulque durante el Porfiriato; ocurrió también el florecimiento de las antiguas y nuevas haciendas pulqueras, la extensión de sembradíos de vid en los valles de Coahuila y Baja California, de fábricas de tequila como la de "La Providencia" que fue la primera que exportó esta bebida a los Estados Unidos, y el inicio de la era moderna de la Industria Cervecera que estableció embotelladoras en Toluca, Monterrey, Orizaba, Sonora, Chihuahua y Mérida. (Velasco, 1988).

Surge la industria de envase de vidrio, durante ésta época se desarrolla la publicidad de las bobidas alcohólicas en carteles. Esto aunado al incremento de las vías de comunicación hacen más fácil la distribución de las bebidas alcohólicas por todo el país.

En 1925, siendo gobernador Emilio Portes Gil, se inició una campaña contra el alcoholismo en Tamaulipas; Lázaro Cárdenas hizo lo mismo a nivel estatal y nacional e incluso durante el gobierno de Ávila Camacho hubo una época prohibicionista rígida. El 14 de mayo de 1929, Portes Gil emitió un decreto presidencial por el cual se creó el Comité Nacional contra el Alcoholismo.

En 1973 se iniciaron actividades oficiales en contra de las farmacodependencias, incluyendo el alcoholismo, cuando por decreto presidencial se instituyó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, ahora Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En 1985 se fundó el Consejo Nacional Antialcohólico, institución que a demostrado interés en atender el problema en todos sus niveles.

Creemos que no es fácil medir el impacto actual del alcoholismo en nuestro país, sin embargo, existen indicadores que nos permiten suponer que el problema se ha incrementado en los últimos años. Y a pesar de que se han tenido avances importantes en la concentración de los sectores, la Ley General de la Salud señala que los problemas de las adicciones, en este caso del alcohol, inciden negativamente en el bienestar del individuo y en el deterioro de nuestro desarrollo.

2.2. Definición:

Desde hace algún tiempo, el término alcoholismo ha pasado al dominio popular y por ello, su significado real ha perdido precisión. Alcoholismo no quiere decir lo mismo para todo aquel que maneja el vocablo; cada disciplina le otorga un significado especial, de acuerdo con sus enfoques particulares. El problema del alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo biológico, psicológico, social y cultural, aunque difícilmente puede elaborarse un concepto que incluya todos estos aspectos.

Desde hace mucho tiempo pensadores, filósofos y médicos se inquietaron al ver el abuso del alcohol era algo más que un hábito o un vicio. Séneca (en Velasco, 1988) escribió en sus Epístolas morales:

Posidonio mantiene que la palabra ebrio se usa de dos maneras -en el caso de un hombre que lleno de vino no tiene mando sobre sí mismo y en el caso de un hombre que acostumbra embriagarse y es esclavo del hábito...Usted seguramente admitirá que hay una gran diferencia entre un hombre que está ebrio y un alcohólico. El que está momentáneamente ebrio puede estar en este estado por la primera vez y puede no tener el hábito y el alcohólico está a menudo libre de la ebriedad. (Velasco Fernández Rafael, 1988).

En 1788, Thomas Trotter recibió su grado de médico de la Universidad de Edimburgo con la tesis titulada *Ensayo médico, filosófico y químico de la ebriedad* y causó tanta sensación, que recibió el agradecimiento de la Real Sociedad Humana. Su definición de alcoholismo es la siguiente: "En lenguaje médico y estrictamente hablando, considero que la ebriedad es una enfermedad producida por una causa remota y que, al dar lugar a acciones y movimientos en el cuerpo, provoca trastornos en sus funciones". (Velasco, 1988).

Durante los siguientes 150 años, hubo muchos otros informes oficiales, médicos y legales. En la mayor parte de ellos se sugería que el alcoholismo era un azote moral, una enfermedad o un problema social, pero nunca se constituyeron en un concepto definido. Hasta hace pocos años, el término que se utilizó comúnmente era "ebriedad habitual" y a la víctima se le llama simplemente "borracho". Los médicos le daban al alcohólico la categoría de "enfermo" hasta que desarrollaba algún trastorno físico o psicológico como consecuencia de sus excesos en beber y se concretaban al tratamiento de las complicaciones.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto varias definiciones. En el informe de la primera Reunión del Subcomité del Alcoholismo, en Ginebra (1950), se definió al alcoholismo como "toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que por su extensión sobrepasa los límites de costumbres sociales propias de la colectividad, sean cuales fueran los factores etiológicos, así como el origen de los mismos respecto a la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas y fue hasta el año de 1956 cuando la OMS designo oficialmente el alcoholismo como enfermedad, dando posteriormente la siguiente definición:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". Guerra, (1977). Siendo aceptada actualmente por la mayor parte de las agrupaciones médicas mundiales.

Posteriormente en el Seminario Latinoamericano sobre alcoholismo, que tuvo lugar en Viña del Mar (Chile) en 1960, la Organización Panamericana de la Salud expuso una definición, donde se pretendió integrar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales explicando que el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia psicológica y física hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión del alcohólico una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse del mismo. La importancia de esta definición es que cataloga al alcoholismo como una enfermedad crónica e introduce el término de dependencia, el cual es característico de este padecimiento. (Guerra, 1977).

Otra definición que debe mencionarse es la integrada por la American Medical Association (1973) y en la que incluye variables económicas y sociales que son también fundamentales como expresión de la enfermedad:

"El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber; por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional, con desajustes sociales como una directa consecuencia del uso excesivo y persistente del alcohol. (Guerra, 1977).

Kolb, (1983, citado en González, C., 1987) describe que algunos autores definen el alcoholismo como un estado en el que el individuo muestra uno de los siguientes rasgos:

- a) efectos psicológicos o médicos graves debidos a los episodios repetidos de intoxicación.
- b) incapacidad para controlar el deseo de beber.
- c) conducta socialmente inapropiada mientras que el individuo está intoxicado.
- d) insatisfacción de la familia, la sociedad o del individuo mismo ante el patrón de ingestión alcohólica anormal.

Otra definición, que al parecer completa las ideas de las anteriores, es la que da Freedman (1984) que dice, desde un punto de vista psiquiátrico: "El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, un detrimento de la salud física y mental por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales"(Freedman, 1984).

Keller (1958 en Molina, 1983) del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, define al alcoholismo como una "Enfermedad crónica un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el grado de rebasar lo socialmente aceptado y que influye negativamente en la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales y en su capacidad para el trabajo".

El Dr. Edward A. Strecker, presidente del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, ha sugerido en una memoria presentada ante la Asociación Médica Americana, que "el alcoholismo es un mecanismo adulto de escape, motivado por la inmadurez emocional, producido en la niñez por el cariño dominante de los padres, que dejó al individuo mal preparado para manejar los problemas de las relaciones interpersonales adultas". (citado por Molina, 1985).

Y la definición más reciente que se tiene es la del Dr. Velasco, (1993) define el alcoholismo como un grave problema de salud pública que ha rebasado casi todos los esfuerzos realizados por instituciones, organismos y autoridades. Se debe aceptar que el alcoholismo es una condición patológica que hace sufrir física y mentalmente al bebedor. Pero los efectos dañinos del abuso de bebidas alcohólicas también afectan a la familia y sociedad.

Paulatinamente se está dejando de usar el término "alcoholismo", que tradicionalmente se refirió a aquel grupo minoritario de personas que habían desarrollado una adicción física y psíquica al alcohol, pero que dejaba afuera a un numeroso grupo de personas que, sin haber desarrollado adicción, si abusaban del alcohol,

ingiriéndolo en forma excesiva y generando problemas médico-sociales muy significativos. Es por ellos que ahora, la OMS maneja dos fenómenos diferentes en conexión a los problemas relacionados con el consumo del alcohol: el síndrome de dependencia física y psíquica al alcohol y el "abuso del alcohol" que se refiere a un grupo más numeroso de personas, que sin haber desarrollado todavía adicción, sí genera una serie de problemas médico-sociales que los conduce al desarrollo de incapacidades relacionadas al consumo de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud define al alcohólico como aquel que depende y consume en exceso; y que ha llegado al grado de mostrar notable trastorno mental. Que sus relaciones interpersonales y funcionamiento social o económico han sido afectados o que muestre los signos prodrómicos. (Molina, 1983).

Si bien, el alcoholismo es en parte, una enfermedad del cuerpo sería un error ignorar la crítica intervención de los factores psicológicos en él. Hoy en día no existe una evidencia científica cien por ciento convincente de que el alcoholismo sea causado por factores psicológicos como depresiones, angustias, miedos, resentimientos, etc. Sin embargo, es necesario hacer frente a estos estados emocionales internos para poder lograr la recuperación de esta enfermedad. No puede decirse por ejemplo, que el enojo y el resentimiento causen el alcoholismo, pero es dudoso que personas habitualmente enojadas o resentidas sean capaces de mantenerse alejadas del alcohol o estén felices de hacerlo. El enojo y los resentimientos, al igual que otros estados emocionales negativos, puedan provocar episodios de bebida y una vez que estos se inician las razones o excusas originales para tomar una copa se vuelven rápidamente irrelevantes. (Wallace, 1990)

2.3. Modelo Psicológico

Este modelo plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados.

El modelo psicológico define al alcoholismo como un problema estrictamente individual, aunque no minimiza ni excluye la influencia de los factores sociales y familiares.

La teoría psicoanalítica afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones y creencias emocionales durante la infancia que, a su vez, ocasionan una inmadurez emocional. De acuerdo con esta teoría, el alcohólico busca los efectos del etanol para aliviar sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad, inferioridad y depresión que son el reflejo de trastornos más profundos (y usualmente no reconocidos). Se supone que el consumo de alcohol para obtener alivio se refuerza a través de la repetición y su abuso se desarrolla como una respuesta habitual al malestar interno.

Los psicoanalistas piensan que el alcoholismo es el resultado de intensas influencias orales durante la infancia. Observaron que el alcohol provoca alteraciones en el estado de ánimo, en los procesos del pensamiento y, finalmente, conductas regresivas. Los psicoanalistas suponen que la gratificación que se obtiene por el uso y los efectos del alcohol representan un escape de la realidad. Se habla de las cualidades eróticas del sueño que induce el alcohol y de la disolución de inhibiciones durante la intoxicación, lo que permite representar dramáticamente los impulsos que, de otra forma, no se expresan. Incluso su capacidad para generar una sensación de calor y satisfacción, son importantes desde el punto de vista psicológico.

La psicodinámica de los patrones conductuales que comúnmente exhiben los sujetos alcohólicos es la siguiente: el alcohólico tiene una tendencia suicida crónica porque considera que el medio ambiente es rechazante, cruel y frustrante; esto se debe a que cree que sus padres lo traicionaron. Lo anterior le genera deseos de destruir a sus padres pero, simultáneamente, tiene un gran temor de perderlos, así como una enorme necesidad de obtener gratificación y satisfacción de ellos. Esta ambivalencia lo obliga a redirigir hacia sí mismo la ira que siente contra sus padres. Todo esto le provoca sentimientos de culpabilidad e inutilidad, una necesidad de autocastigo y finalmente la autodestrucción.

El alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la personalidad. Se considera que los alcohólicos poseen un tipo específico de personalidad caracterizada por labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales.

Las teorías psicológicas del aprendizaje se fundamentan en los conceptos teóricos del reforzamiento y constituyen un intento de explicar el alcoholismo, no como una enfermedad, sino como el resultado de una historia de aprendizajes en que la conducta operante de beber alcohol se incrementa en frecuencia, duración e intensidad por los cambios psicológicos que implica.

El modelo psicológico es útil siempre y cuando se integre a otros modelos de corte biológico y sociocultural.

2.4. Modelo Médico

Este modelo se basa en el principio de que el abuso del alcohol es sólo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neurobioquímico. De acuerdo con el modelo, el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten predecir la conducta del alcohólico y que tienen al igual que cualquier otra enfermedad, una etiología, fisiopatogenia, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por lo que pueden desarrollarse estrategias para prevenirlo.

La intoxicación empieza cuando el alcohol entra en el cerebro. El alcohol tiene un peso molecular bajo y es altamente soluble en agua, por lo que rápidamente es absorbido en el torrente sanguíneo. El alcohol afecta las funciones cerebrales más elevadas, deteriorando la concentración, el juicio y el control de sí, según sea la cantidad que contenga el cuerpo. Pueden ocurrir cambios en la visión, audición y control muscular, que pueden ir de ligeros desperfectos en la ejecución de tareas coordinadas, y la parálisis de los músculos voluntarios de los pulmones y del corazón (que puede acarrear la muerte por falla respiratoria) (Harger, 1964). Dos de las

reacciones más comunes al alcohol son lentitud (o respuesta muscular deficiente) y euforia (o mengua de la capacidad de juicio).

Si bien es cierto que la etiología del alcoholismo aún no está esclarecida, no está por demás recordar las palabras de Jellinek, (1960) en su clásico artículo:

Una enfermedad es lo que el organismo reconoce como tal. El hecho de que no pueda explicarse la naturaleza de esta condición patológica, no es prueba de que no sea una enfermedad. Hay muchos ejemplos en la historia de la medicina en que se desconoció durante muchos años la naturaleza de ciertas enfermedades; la causa de algunas aún se desconocen, pero nadie duda de que sean verdaderos problemas médicos.

Algunos autores creen que es inoperante considerar al alcohólico como un enfermo; argumentan que se le da demasiada importancia al individuo y a la etiología biológica y se ignora la influencia social.

Por otro lado, gracias al modelo médico quedó perfectamente integrado y definido el "síndrome de dependencia del alcohol". propuesto por Edwards (1976) y que es el que se utiliza en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10). Los indicadores de dependencia de esta clasificación, incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, síndrome de abstinencia, uso para aliviar abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un período de abstinencia.

El síndrome de dependencia del alcohol nos permite diferenciar perfectamente las alteraciones que provoca el consumo del alcohol en individuos que aún no presentan el síndrome.

El modelo médico se ha superado durante los últimos años debido a que las actividades sanitarias se han orientado hacia la prevención del alcoholismo, en el trabajo con sujetos que beben excesivamente sin ser alcohólicos y a que se ha destacado la importancia de estudiar el alcoholismo.

2.5. Modelo Moral

El modelo moral considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y a quien abusa de él, un infractor de las normas morales, un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un "débil moral" que debe ser humillado, castigado y marginado.

Los seguidores del modelo moral afirman que quien abusa del alcohol es un vicioso y rechazan el modelo médico, argumentando que este trata de justificar lo que es injustificable.

Dentro del modelo moral hay dos corrientes: una moderada que acepta el consumo del alcohol siempre y cuando no sea excesivo y otra radical, que condena el uso del alcohol, por moderado que sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad. Muchos grupos religiosos (musulmanes, mormones) y civiles (Ejército de Salvación) predicán este modelo. Aunque los grupos de AA apoyan el modelo médico, su filosofía conserva muchos elementos del modelo moral. Una gran cantidad de médicos, sacerdotes, jueces y otros líderes de la comunidad, siguen aplicando este modelo. El modelo moral no ha aportado nada valioso a la comprensión científica de la etiología y del desarrollo del alcoholismo.

2.6. Modelo Sociocultural

Este modelo hace hincapié en que el alcoholismo es sólo una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo, independientemente de sus problemas psicológicos o de su predisposición biológica hacia la bebida.

La socióloga Velasco, (1985) habla de cuatro criterios de causalidad social en el alcoholismo: la familia, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otros aspectos socioculturales.

Los estudios que consideran a la familia como el elemento más importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo se centran en la formación de la personalidad, en la importancia que adquieren la actitud y la conducta de los padres respecto de la bebida y en las experiencias negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento y otras) que contribuyen a crear insatisfacción, desorientación y predisponen al individuo a buscar "satisfacción" en el alcohol y en otros fármacos.

En lo que se refiere a los aspectos relacionados con la organización social, los estudios más recientes y las hipótesis más acertadas sugieren que el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que responde a la continua frustración que genera la desorganización social. Los rápidos cambios, la creciente industrialización, los controles sociales, la competencia, etc., constituyen factores que producen tensión, misma que el individuo puede intentar reducir mediante la ingestión de alcohol.

Las estadísticas señalan que a mayor disponibilidad de alcohol, más problemas tiene la sociedad como consecuencia de su consumo. Aunque algunos trabajos que se han realizado recientemente respecto del impacto de la publicidad en el alcoholismo, indican que este elemento, al parecer, afecta su incidencia, está totalmente comprobado que la publicidad aumento la disponibilidad. La mayor disponibilidad de alcohol, el decremento del costo real de las bebidas alcohólicas, el debilitamiento de las restricciones para consumirlo y la incorporación al mercado nacional de nuevas marcas comerciales, son elementos que guardan relación con la incidencia del alcoholismo.

Entre otros aspectos socioculturales que también intervienen en el desarrollo del alcoholismo, destacan el sexo, la edad, el estado civil, la raza, la religión, los ingresos y el nivel educativo.

El modelo sociocultural ha hecho contribuciones importantes al desarrollo de estrategias para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo y ha enriquecido el panorama del fenómeno del consumo del alcohol y sus problemas. Sin embargo, carece de utilidad si no se utiliza junto con los modelos biológicos y psicológicos.

2.7. Modelo Interdisciplinario

Este modelo, que es ideal, propone la aplicación simultánea y racional de todos los anteriores.

Como puede apreciarse, las aportaciones que las diversas disciplinas científicas han hecho en forma aislada no explican adecuadamente el fenómeno del alcoholismo. Debido a que el alcoholismo es un fenómeno multicausal, su tratamiento integral tiene que ser interdisciplinario.

Los modelos médicos y psicológicos son fundamentales para el tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos, pero ello no excluye la importancia de los factores socioculturales. El modelo sociocultural es básico para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos psicobiológicos de los demás modelos.

Incluso el modelo moral aporta algunos conceptos útiles: por ejemplo, introducir la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos. En sociedades como la nuestra, que son tan tolerantes para el beber excesivo y en las que es tan mal vista la abstinencia, el modelo moral podría propagar actitudes de cambio que darían lugar al fenómeno inverso y deseable, es decir, condenar el exceso en el beber y considerar una virtud la abstinencia y el beber con moderación.

Sólo a través de un enfoque multicausal podrían ser adecuadamente manejados los factores psicológicos para el entendimiento y manejo de este problema.

2.8. El Consumo de Alcohol: Un Fenómeno dentro del Marco de la Salud Pública

Desde hace muchos años, los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas han sido motivo de preocupación, no sólo para las autoridades de salud, sino para los diferentes sectores de la población debido a las graves consecuencias que dichos problemas traen consigo.

En 1979 la Asamblea de la OMS dejó formalmente establecido que "los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los más importantes problemas de salud pública en el mundo".

Para 1983 la Asamblea expresó que el incremento del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con ello, son incompatibles con la meta de alcanzar la "salud para todos en el año 2000". Muchos otros reportes no dejan lugar a dudas sobre la importancia del alcoholismo y los problemas derivados del alcohol en el mundo.

El programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas debe enfrentar este gran problema de salud, ya que la protección de ésta como un derecho de toda la población, está incluido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Mediante el acuerdo presidencial correspondiente (1986), se reglamentó la existencia del Consejo Nacional Antialcohólico, al que se le encomendó como primera tarea, la integración del programa de actividades, con base en el proyecto elaborado y coordinado por el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Secretaría de Salud. El Consejo Nacional Antialcohólico fue posteriormente fusionado con los Consejeros contra la Farmacodependencia y el Tabaquismo en un solo consejo llamado ahora Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), el cual fue creado por Decreto Presidencial el 8 de julio de 1986, teniendo como objetivo el promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como el proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia.

Sin embargo, a pesar de que se han tenido avances importantes en la concertación de los sectores, la Ley General de Salud señala que los problemas de las adicciones inciden negativamente en el bienestar del individuo y en el deterioro de nuestro desarrollo.

En un estudio comparativo sobre las formas de consumo de alcohol entre diferentes países: Escocia, Zambia, Estados Unidos y México, nuestro país reporta las tasas más altas de problemas individuales y sociales asociados al consumo; la forma de beber, la cual tiende a ser con menor frecuencia pero con mayor cantidad de consumo por ocasión, tiene consecuencias graves para la familia y se asocia frecuentemente a los delitos y los accidentes, más que otras formas de adicciones. (Calderón y Suárez, 1980).

Actualmente, las investigaciones sobre el consumo de alcohol entre la población nacional indígena de nuestro país son muy escasas, de ahí que se dificulte conocer con precisión la magnitud del problema. Sin embargo diferentes estudios etnográficos coinciden en señalar que existen algunos elementos culturales o comunes, como el significado que se le atribuye al alcohol de ser una forma de establecer estrechos vínculos de amistad y de cohesión social.

Los problemas más importantes de México en materia de adicciones, por sus repercusiones sobre la salud de los consumidores, sobre la economía y la sociedad son el alcoholismo y el tabaquismo.

La Encuesta Nacional de Adicciones, (Dirección General de Psiquiatría, DGP, 1993) constituye uno de los estudios más recientes con el que cuenta nuestro país. Y señala que dos terceras partes de los individuos entre 12 y 65 años de la población urbana consume alcohol.

La ENA (DGP, 1993) estimó que el 66.5% de la población entre 12 y 18 años consumió bebidas alcohólicas en el último año, es decir, más de 28 millones de mexicanos. Casi tres cuartas partes de ellos 77%, son hombres. La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo, muestran cómo dos terceras partes

de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos 53.7%, están entre los 12 y 18 años y el 70%, entre los 19 y 65 años; de estos 77.2%, son hombres y 57.5%, son mujeres. (Tapia-Conyer, 1993 citado en CONADIC, 1995).

Alrededor de una cuarta parte el 23.4% de los bebedores que consumieron alcohol en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse. es decir, más de 6 millones de bebedores toman hasta la ebriedad; de ellos 7%, son menores de edad y 92.4%, son adultos. De la población que reportó consumo hasta la ebriedad una cuarta parte pertenece al grupo entre 19 y 25 años, más del 25%, al de 26 a 34 años y 20%, al de 35 y más.

Para definir el concepto de embriaguez, se identificó sólo a la población que requirió consumo de 5 copas o más por ocasión, y manifestó haber llegado hasta el estado de ebriedad. (Dirección General de Psiquiatría, DGP, 1993).

En lo que respecta la frecuencia de consumo y tipo de bebida, se encontró que casi una cuarta parte de la población bebedora 23.8% , consumió alcohol de 1 a 3 veces por mes; aproximadamente una quinta parte de la población 16.2%, entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3%; entre 5 y 7 veces a la semana. Más de la tercera parte de la población bebedora consumió con una frecuencia de 2 a 6 veces al año.

La encuesta también investigó una serie de consecuencias negativas, denominadas "problemas derivados del consumo de alcohol". La población a la que se refiere este apartado la constituyen bebedores que reportaron un consumo de 5 o más copas en la misma ocasión durante el último año de consumo.

Es importante aclarar que lo anterior no implica que individuos que beben en menor cantidad estén a salvo de tener problemas ocasionados por el consumo. Las características propias del individuo determinarán las consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol, sin importar frecuencia o cantidad.

El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 o más copas por ocasión en el último año presentaron uno o más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte con problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en las calles, accidentes, entre otras consecuencias. Asimismo, datos de los archivos de los servicios forenses demuestran cómo la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas. (ENA, 1993).

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

2.9. Los Efectos del Alcohol en los Jóvenes Estudiantes

La juventud es la época de la vida en que existe más preocupación social respecto al consumo de alcohol. En todo el mundo se observa una tendencia a que los jóvenes beban más. La Organización Mundial de la Salud (W.H.O., 1980) ha destacado el que cada día beben más jóvenes y en ellos el incremento mayor se encuentra en las mujeres. Estos han sido los principales motivos para que el organismo internacional inicie una campaña sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol.

Lo que interesa saber es cómo, cuándo y por qué de los contactos entre los jóvenes y el alcohol. En las investigaciones hechas en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM (1982), no se pretendió dilucidar si los estudiantes eran o no alcohólicos, o si dependían del alcohol para algunos momentos de su vida. Sencillamente se buscó conocer algunos de los aspectos relevantes de su consumo.

Para entender debidamente los hallazgos de esta encuesta, es conveniente mostrar los que se ha encontrado entre otros jóvenes en distintos países.

2.9.1. Los estudiantes de la Universidad de Hong Kong: Bard y Peacock (1975) hicieron un estudio longitudinal de los hábitos tabáquicos y alcohólicos de 922 estudiantes chinos de la Universidad de Hong Kong. El estudio se realizó en 1971.

Los resultados más interesantes de este trabajo consistieron en que los estudiantes bebían menos a su ingreso a la Universidad que los trabajadores de la misma edad. Se encontró que los estudiantes tendieron a beber más que los trabajadores conforme pasó el tiempo. Bebieron con mayor frecuencia los estudiantes que vivían en los dormitorios de la Universidad, comparados con aquellos que lo hacían en sus casas. Como es frecuente en este tipo de investigaciones, se encontró que las mujeres bebieron considerablemente menos que los hombres.

Los autores concluyen que la juventud china de Honk Kong proviene de familias relativamente rígidas que controlan sus hábitos. Al ingresar a la universidad, los jóvenes experimentan con el alcohol al sentirse libres del control familiar y un porcentaje cercano al 25% adopta la costumbre de beber alcohol durante su paso por la universidad.

2.9.2. Los estudiantes de Barcelona: Los hábitos de consumo de cafeína, alcohol, tabaco y otras drogas han sido estudiados entre alumnos de la Universidad Autónoma de Barcelona, en 1974. Los hombres consumían en promedio 8.8 litros de alcohol absoluto por año, mientras que las mujeres bebían 4.1 litros en promedio. Ambas cifras son más bajas que el promedio calculado para los adultos españoles en general que es de 12 litros. El consumo de alcohol aumentó paralelamente a los años de estudio en la Universidad.

2.9.3. Los estudiantes de Reading en Gran Bretaña: Investigadores de la Universidad de la ciudad de Reading en Inglaterra (Brown y Gunn, 1977) se han interesado en conocer el consumo de alcohol de los estudiantes. Utilizaron un cuestionario aplicado a una muestra de 10% de los alumnos que vivían en las residencias universitarias. La muestra se obtuvo al azar. Contestaron 183 hombres y 138 mujeres. Resultó que solamente 7 hombres y 9 mujeres afirmaron que no bebían. Al 70% de los hombres se les calificó de bebedores habituales, ya que consumían alcohol más de tres veces por semana; el equivalente entre las mujeres fue del

26%; el 17% de los hombres y el 34% de las mujeres se calificaron de bebedoras sociales y el 10% de los dos sexos señalaron que únicamente beben los fines de semana.

En cuanto a los hábitos de consumo, se encontró que las mujeres beben considerablemente menos que los hombres en las reuniones sociales en que se consume alcohol. La mayor parte de los estudiantes beben los fines de semana. Pocos beben solos, pero aproximadamente uno de cada 50 hombres y una de cada 10 mujeres tienen ocasiones en que beben varios días sin descanso. La mayor parte de las veces se trata de ocasiones festivas como son los cumpleaños o el final de la temporada de exámenes. La ebriedad se presenta en un grupo pequeño, pero las mujeres se emborrachaban con mayor frecuencia que los hombres. Por el contrario, los hombres padecen cruda en mayor número de ocasiones que las mujeres.

La gran mayoría de los estudiantes bebían desde antes de ingresar a la universidad, pero un número considerable de ellos señaló que bebía más desde su ingreso a la universidad. La bebida más socorrida era la cerveza entre los hombres, pero las mujeres beben una mayor variedad de productos.

2.9.4. Los estudiantes de Canadá: Un grupo de psiquiatras canadienses (Lamontagne, Tétrault y Boyer, 1979, citado en Casillas, 1981), preocupados por el consumo de alcohol en su país, estudió los hábitos de consumo de un grupo de 1.654 estudiantes de nivel medio superior del este de Montreal. De la muestra estudiada, 735 fueron hombres y 919 mujeres. El 25.3% de los hombres y 33% de las mujeres reportaron no ser consumidores del alcohol. El 60.1% de los hombres y 63.8% de las mujeres consumían alcohol, pero no fueron considerados como alcohólicos. En cambio 14.6% de los hombres y 3.2% de las mujeres se consideraron alcohólicos de acuerdo con los criterios de que consumieran alcohol en forma periódica (presentar ebriedad cuando menos 4 veces al año), utilización habitual excesiva de alcohol y dependencia del alcohol. El presentar cuando menos alguna de las tres características anteriores hizo que la persona fuera calificada como alcohólica.

Entre las características que destacaron de los que fueron diagnosticados como alcohólicos se cuenta el que consumían mayor cantidad de alcohol en el curso del año, bebían en tragos de mayor tamaño y con mayor

frecuencia utilizaban mezcladores para preparar sus bebidas. Un hallazgo de interés es que las motivaciones para beber eran significativamente distintas entre los dos grupos. Los alcohólicos procuraban el alcohol para huir de la realidad, buscar la calma, buscar una nueva personalidad y suprimir problemas. Las razones entre los no alcohólicos eran tener sensación de bienestar, imitar a los amigos y curiosidad. Los alcohólicos faltaron más a clase y acudieron a menos actividades de esparcimiento que los otros dos grupos.

2.9.5. Los estudiantes de los Estados Unidos: Los Estados Unidos son tal vez el país en que mayor cantidad de estudios se han hecho sobre el consumo de alcohol, en general y de los jóvenes en particular. Destacaremos algunos de los trabajos más importantes.

El consumo de alcohol entre la juventud que acude a las universidades y las escuelas de nivel medio superior es tan alto y tiene patrones tan particulares que ha sido objeto de estudios detallados. Las conclusiones generales de los estudios hechos son: a) las mujeres consumen menos alcohol que los hombres, b) el consumo de alcohol está asociado positivamente con el nivel socioeconómico, c) existe asociación positiva con el número de años escolares cursados, d) se encuentra asociación con la religiosidad de cada individuo, e) existe asociación positiva con el hábito de tomar alcohol de los padres, f) a edades tempranas es más común entre los judíos, seguidos por los católicos y por último por protestantes y g) se asocia positivamente con el hábito de tomar con amigos. (Schroth, 1979).

Engs (1977) también ha recopilado información de varias universidades norteamericanas y encuentra que para los hombres el consumo de alcohol existía en cifras porcentuales que variaban desde 95 hasta 68%. La cifra se mantiene semejante entre los años que van de 1960 a 1970. Lo que se aprecia es un aumento en la cantidad de mujeres que beben. Para corroborar lo anterior, esta autora aplicó un cuestionario a 1.128 estudiantes de 13 universidades de diferentes regiones de Estados Unidos. Una tercera parte del grupo era abstemia. El 79% bebía alcohol al menos una vez al año y 57% lo hacían con una frecuencia mayor a una vez al mes. Las bebidas más populares eran cerveza, vino y destilados. Al analizar los datos por sexo, se encontró una tendencia al aumento entre los hombres, pero este patrón es más acentuado entre las mujeres. Los hombres

beben más cerveza y las mujeres prefieren los destilados. Se corroboró también que la frecuencia e intensidad de consumo de alcohol aumenta con los años pasados en la universidad.

2.9.6. El alcohol y los jóvenes en México: A pesar de que se sabe que México es uno de los países con mayores tasas de consumo de alcohol, son relativamente escasos los estudios sobre la situación que presentan los jóvenes.

Por su parte, en 1980 la Universidad Nacional Autónoma de México llevó a cabo una encuesta entre 5,225 estudiantes universitarios que fueron clasificados como "no bebedores" (27.6%), "bebedores ocasionales" (45.6%) y "bebedores habituales (27.7%), según la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.

El 41.8% de las mujeres reportaron no ingerir alcohol (22.4% en el caso de los hombres); el 46.3% declaró consumirlo ocasionalmente (45.4% en el sexo masculino); y el 11.9% se consideró bebedor habitual (33.5% de la población masculina encuestada). La mayor parte de los estudiantes reportó haber iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas entre los 16 y 18 años (32.5%) o entre los 19 y los 21 (31.6%).

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una investigación entre estudiantes de enseñanza media y medio superior del Distrito Federal. Los resultados mostraron la existencia de 39% de usuarios leves y 8% de usuarios altos (se consideró usuarios altos a quienes reportaron consumir más de 200 ml. de alcohol por ocasión de consumo), considerado excesivo si se toma en cuenta que la edad de los encuestados oscilaba entre 14 y 18 años. Un 22.4% de estos usuarios reportó haber tenido problemas asociados al patrón de consumo (los más frecuentes fueron el "embriagarse los fines de semana", el "beber antes del desayuno" y el "deseo frustrado de beber menos alcohol").

Durante 1991 y 1992 la Secretaría de Educación Pública a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría, llevó a cabo una Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en lo que se refiere a prevalencia de uso, de drogas más usadas, problemas asociados con el consumo y subgrupos de población más afectados.

Siendo el total de la muestra de 72,220 alumnos de secundaria, se encontró que el consumo del tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes en esta población estudiantil.

El índice de estudiantes que reportaron embriagarse por lo menos una vez a la semana, osciló entre el 3 y 5%, siendo alta la prevalencia del consumo, ya que más del 90% de los estudiantes de la muestra eran menores de 18 años y no tenían aún la edad mínima para adquirir legalmente bebidas alcohólicas.

En 1992, el SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en México); reportó resultados de una encuesta cuyo objetivo fue obtener información sobre actitudes, patrones de consumo y perfil de los usuarios de alcohol entre los estudiantes universitarios. Del total de estudiantes encuestados más de la mitad (51%) se declaran bebedores, una tercera parte (31%) son ex-bebedores, y cerca de una quinta parte (18%) declara no haber bebido nunca alcohol. Un 21% del total de bebedores fue del sexo femenino.

En esta misma encuesta, por tipo de bebida los universitarios prefieren los destilados (46%) y la cerveza (30%), luego los vinos de mesa (10%) y los coolers (13%). Una proporción mayor de mujeres, en relación con los hombres prefieren los destilados y la cerveza. Tanto en la población estudiantil masculina como en la femenina el grupo de 21 a 25 años registró un mayor consumo de destilados, cerveza, vino de mesa y coolers respecto a otros grupos de edades.

Lo anterior es confirmado por los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993). Con respecto a la escolaridad (a nivel nacional), puede señalarse la tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo de nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionales; más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%). En el grupo de aquellos con mayor escolaridad formal es donde se encuentra la menor proporción de nunca bebedores. Sólo el 9.8% de los profesionales y el 10% de los que cuentan con posgrado pueden clasificarse como no bebedores. Sin embargo, casi el 34% de los que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

En los último cinco años se ha incrementado la presencia de adicciones en los estudiantes de los niveles medio superior y superior, destacando el alcoholismo, sobre todo en jóvenes de niveles socioeconómicos altos, de acuerdo a los datos más recientes obtenidos en la Encuesta sobre el uso de las drogas entre la comunidad escolar y tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, realizado por la Secretaría de Salud, en la que cubrió 16 delegaciones con una muestra de 12,240 adolescentes matriculados en el sistema escolar. (Galván y Cols, 1994 en Medina-Mora y Ortiz, 1994). Se encontró que cerca de las tres cuartas partes de los jóvenes menores de 13 años, han ingerido bebidas embriagantes alguna vez en su vida, aunque se desconocen si lo hicieron con el conocimiento de su familia o no. Y añade que el consumo registra un avance del 3%, en cuanto los alumnos que beben más de cinco copas a la semana. Con respecto a la distribución, el estudio determinó que por contar con menos restricciones para su venta, la bebida de mayor preferencia para los estudiantes son las cervezas y cooler, las cuales ingieren en los centros escolares o lugares aledaños a estos, ya que suelen ser los puntos de reunión de los grupos.

Por consumo de bebidas alcohólicas, las delegaciones con mayores índices fueron Benito Juárez, Cuahitémoc, Alvaro Obregón, Tlalpan, Coyoacan y Azcapotzalco. (González, 1993, en Secretaría de Salud y CONADIC, 1995).

Por otro lado parece que los programas educativos escolares sobre la bebida tienen poco efecto; el adolescente que ya bebe con su familia o entre amigos no es probable que altere su comportamiento de manera significativa tras entrar en contacto con dichos programas. (Riester y Zucker, 1968).

A lo mejor se le persuade de que bebiendo no logrará ciertas metas, pero es en alto grado improbable que se le convenza de que toda bebida es "ilegítima, perjudicial para la salud o inmoral". (Maddox, 1964). Sin embargo los programas escolares pueden cooperar en que los jóvenes entiendan de los hábitos de la bebida, adviertan las tendencias que pueden resultar en problemáticas y apoyen o subvengan a las agencias comunales que tratan de los abusos del alcohol. Estos programas pueden reforzar, asimismo, la abstinencia como actitud

razonable y facilitar el desenvolvimiento de pautas que cooperen en amenguar los riesgos de que los adolescentes hagan uso del alcohol. (Globetti y Harrison, 1970; en Maddox, 1964). Por desgracia, son demasiados los programas educativos que recalcan los lados nocivos de la bebida, con lo que pueden atemorizar a los adolescentes por esos dictérios y amonestaciones de carácter solemne. Si tal es el enfoque, el adolescente quedará imposibilitado para adquirir un entendimiento maduro de los aspectos físicos y emotivos del uso y no uso del alcohol (Globetti, 1969). Los programas que intentan atemorizar a veces causan que el adolescente ansie la bebida alcohólica, porque le imbuyen la intriga de los aparentemente placeres prohibidos. Riester y Zucker, (1968) opinan que los programas educativos de la escuela media son buenos en sí, pero que se han de presentar de manera objetiva y han de hacerse llegar incluso a los que probablemente sean bebedores problemáticos el día de mañana.

2.10. Problemas Médicos y Psicosociales Relacionados con el Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol, ya sea en forma ocasional, moderada o excesiva, tiene su origen en patrones psicológicos, sociales y culturales, entre los que se destacan por la frecuencia con la que aparecen, aquellos en que se comparten bebidas alcohólicas, bien sea como mediador de las relaciones sociales e interpersonales, o por su efecto transitorio estimulante e inhibidor.

Hay otros factores que pertenecen o se relacionan con motivos de índole psicosocial, como es el grado en el cual una sociocultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación o tensiones internas, en cuyo caso la ingesta de alcohol es favorecida como un reductor de la tensión, así como las actitudes que propicia la comunidad entre sus miembros respecto al consumo de bebidas alcohólicas y la medida en que posee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Otro elemento que incide en forma directa en la personalidad del bebedor excesivo o del alcohólico, son las experiencias que muchos individuos sufren dentro de familias disfuncionales, una de cuyas causas puede ser también la presencia de un familiar alcohólico y de su comportamiento dentro o fuera de ellas.

Dentro de los problemas sociales generados por el abuso de bebidas alcohólicas, se encuentran los problemas médicos en grandes grupos de la comunidad, relacionados principalmente con enfermedades crónicas degenerativas, las cuales sirven como indicador del alcoholismo, como ocurre en la cirrosis hepática y la mortalidad causada por ésta; las transgresiones a las leyes establecidas bajo el influjo del alcohol, lo que trae como consecuencia agresiones físicas o verbales, problemas conductuales y de aprendizaje en los hijos, problemas conyugales, merma de los ingresos familiares, etc. Finalmente, se señala el deterioro de la economía, como es el gasto generado por la atención de enfermedades debidas al alcoholismo, los accidentes de trabajo y el ausentismo laboral.

Por otra lado la dependencia y el abuso de alcohol forma parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población general. Como lo reporta un estudio realizado sobre la población no institucionalizada, (entre 15 y 54 años) realizado entre 1990-1991, en el que se usaron los criterios diagnósticos del DSM-III, reveló que alrededor del 14% de la muestra presentaba dependencia alcohólica en algún momento de la vida, y que en el 7% aproximadamente estaba presente en último año. (DSM IV, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, 1995).

En el ISSSTE, el primer lugar en la hospitalización psiquiátrica está dado por el alcoholismo y sus complicaciones, sobre todo psicosis alcohólicas y síndromes orgánicos cerebrales secundarios al alcoholismo, con un promedio de 15 años del mismo. (Secretaría de Salud, CONADIC 1994).

Otros factores relacionados con este problema son los económicos, como son la proliferación de establecimientos en los que se vende bebidas alcohólicas y su relación con los problemas sociales consecuentes, teniendo como ejemplo el notable incremento de expendios de estas bebidas en el Estado de Quintana Roo en la última década, y su relación con las muertes en accidentes de tránsito, que en este Estado ha llegado a ocupar el primer lugar en la República Mexicana a pesar de su poca extensión territorial y de su población, comparativamente con otros estados. (Secretaría de Salud, CONADIC 1994).

Otro aspecto en este renglón es la publicidad y la promoción de los productos, ya que este es un elemento que orienta la demanda, estimulando conductas asociadas a modelos de prestigio que pudieran promover el consumo de determinadas marcas entre nuevos consumidores, como los jóvenes y las mujeres.

2.11. Problemas Familiares

Otro aspecto de gran importancia es el efecto que el consumo excesivo de alcohol ocasiona en la familia, el cual puede traducirse, a veces, en maltrato a los hijos tal y como lo demuestra un estudio de casos realizado en el DIF (1992), en el que se constató que el alcoholismo ocupó el segundo lugar como causa de agresión a los hijos (19%).

En un estudio epidemiológico en 1,498 sujetos en el ISSSTE (1992, en Secretaría de Salud, CONADIC 1994), en la Ciudad de México, estudiando problemas de conducta y desarrollo infantil, el 13% de los menores con estos problemas tenían padres alcohólicos, comparativamente con el 1.33% en los menores sin los mismos problemas, del mismo nivel socioeconómico.

En una muestra de 86 familias, involucrando 557 menores con problemas emocionales o de aprendizaje, el 65% de los padres de ambos sexos tomaban bebidas alcohólicas, predominantemente el padre, de los cuales el 34% lo hacían consuetudinariamente y el 13% por periodos prolongados y hasta la embriaguez habitual. El 47% presentaba alteraciones conductuales, predominando la agresividad física o verbal, alteraciones de memoria reciente, estados depresivos y celotipias. El 54 por ciento tenía frecuentes problemas conyugales, familiares, laborales por ausentismo o accidentes. Sólo el 2 por ciento había buscado ayuda para resolver su problema alcohólico. (Secretaría de Salud, CONADIC 1994).

2.12. Efectos Laborales por el Consumo de Alcohol

En cuanto a los efectos laborales se encuentran como factores negativos, principalmente, el ausentismo y los accidentes de trabajo ocurridos cuando el obrero se encuentra alcoholizado o bajo los efectos del alcohol al día siguiente.

En el IMSS, (Secretaría de Salud en CONADIC, 1994) se ha referido que el promedio de ausentismo por esta causa en los sujetos derecho-habientes alcohólicos es de 2.5 meses por año, con pérdida de 625 horas laborales por sujeto en este mismo periodo.

Un problema asociado con esto, es el hecho de que la legislación laboral y la actividad sindical, tiende en estos casos a ayudar laboralmente al trabajador, más no así a procurar su atención concomitante. Comparativamente con la experiencia de ambos sistemas de seguridad social, para trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) y para los trabajadores asalariados fuera de ese sistema (IMSS), dentro de la asistencia pública, la Dirección de Rehabilitación de la Secretaría de Salud analizando la experiencia de 3,802 alcohólicos crónicos, encontró que el 30% no tenía trabajo, el 34% lo tenía en forma eventual, el 10% se embriagaba durante la jornada de trabajo y sólo el 3.4% tenía empleo y no tenía aparentemente problemas por ingesta relacionados con el trabajo.

Las pérdidas laborales causadas por efectos del alcohol, son de graves consecuencias no sólo en los sectores del comercio y de la industria sino que se dejan sentir en todos los ámbitos en que se desarrolla el trabajo.

Se calcula que el alcoholismo es responsable de la pérdida de 160,000 horas quincenales entre los trabajadores asegurados, y que el 12% de ausentismo laboral se debe a la ingestión exagerada de alcohol.

A los daños del ausentismo laboral debemos agregar que muchos trabajadores, en cuyo entrenamiento se ha invertido tiempo y trabajo, al tomarse en bebedores excesivos enferman y causan incapacidades a pesar de estar en plena etapa productiva.

En cuanto a los accidentes en el trabajo, no sólo se manifiestan en pérdidas de horas de labor sino que también como pérdidas de trabajadores experimentados. (Secretaria de Salud, CONADIC 1994)

CAPÍTULO 3
ADOLESCENCIA

3.1. Aspectos Generales:

La palabra "adolescencia" proviene del verbo latino *adolecere* que significa "crecer" o "crecer hacia la madurez". La adolescencia es periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto Sorenson (1962), la caracterizó como sigue:

La adolescencia es mucho más que un peldaño en la escala que sucede a la infancia. Es un periodo de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo. Es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto. El adolescente es un viajero que ha abandonado una localidad sin haber llegado aún a la próxima... Es una suerte de entreacto entre las libertades del pasado... y las responsabilidades ante... los serios compromisos que conciernen al trabajo y al amor.

Un adolescente es, en primer lugar, una persona entre los 12 y los 22 años de edad. (Erickson, 1968).

Suele identificarse a los adolescentes sobre la base de su edad:

Adolescencia temprana; de 12 a 15 años: Que se inicia con el advenimiento del cambio puberal, época en la que aparecen nuevas maneras de expresión (sexuales y sociales) y las nuevas habilidades. Estos intereses nuevos son notables porque las personas que están fuera de la familia se convierten en los objetos de fijación ulterior. Las relaciones disponibles dentro de la familia ya no bastan para satisfacer las nuevas aspiraciones de la persona progresivamente más poderosa y sexual. Los niños que se encuentran en esta época suelen hacer un esfuerzo por sujetar sus impulsos dentro de los lazos de la vida familiar, pero el resultado puede poner gravemente a prueba las relaciones con los padres. Si se pueden reconocer las demandas de espacio para el crecimiento y la expresión sexual mayores y se permite la emancipación progresiva, la familia seguirá siendo la fuente de apoyo y orientación durante estas salidas experimentales hacia el mundo sobre la "turbulencia" de la adolescencia en la sociedad occidental. Sin embargo, sólo cuando la conducta es primordialmente contraria al individuo, antifamiliar o antisocial podría sospecharse la existencia de fuerzas patógenas, en especial dentro de

la familia. Estas fuerzas potencialmente destructivas hacen a veces que las personas jóvenes busquen apoyo y experiencias de alivio en otros sitios. Si el ambiente exterior benevolente satisface la necesidad, el joven en problemas puede ser capaz de proseguir con el desarrollo normal y lograr con éxito su adaptación como adulto. Más a menudo, sin embargo, estos conflictos producen fijación en una etapa inmadura, rotura prematura de las relaciones familiares o regresión parcial a etapas más tempranas.

A pesar de los riesgos, la mayor parte de las personas jóvenes se ven atraídas irresistiblemente hacia la satisfacción y las prerrogativas que parecen disfrutar las personas mayores, en especial en el campo de la experiencia sexual y la utilización de tabaco y alcohol. Incluso en lo que se percibe como una sociedad moderna permisiva, las personas jóvenes siguen experimentando conflictos sobre los impulsos sexuales y su expresión. Quizá persistan las fantasías infantiles sobre la anatomía y el funcionamiento sexuales hasta estos años a pesar del acceso libre a la información precisa sobre el sexo y la procreación.

En la mayor parte de las clases socioeconómicas la conducta sexual manifiesta durante las partes temprana y media de la adolescencia se ve suprimida, desviada o reprimida, a pesar de la explotación de la sexualidad en nuestra cultura. Se elude la experiencia sexual prematura mediante vías de escape como masturbación y verbalización de las fantasías con los compañeros del mismo sexo.

La adolescencia temprana se caracteriza por aumento de la introspección y la autoabsorción, nuevas sensaciones excitantes pero inexpresables en palabras (incluso la masturbación hasta el orgasmo) y cambios de las proporciones físicas que hacen que se desestabilice la imagen corporal que se estableció durante los años escolares. Como incluso no se puede hablar con los padres de muchas de las cosas que están ocurriendo, las personas jóvenes de esta edad establecen relaciones personales intensas con uno o dos "mejores amigos" de edad y sexo iguales. La identificación transitoria con grupos de adolescentes o de adultos brinda oportunidades a los jóvenes para poner a prueba diversos papeles. En esta época suele ocurrir el primer contacto con drogas. La influencia de los compañeros respetados tiene gran importancia para evitar el consumo destructivo de sustancias o caer en él. En la mayor parte de los casos las alternativas preferidas al abuso de sustancias o a la

escapadas sexuales peligrosas son las amistades constructivas, las fantasías sexuales, y el placer creciente en las actividades físicas e intelectuales.

La atención del adolescente fluctúa entre los amigos y él mismo, entre los héroes idealizados y de nuevo él. Las explosiones de actividad alternan con periodos interminables de absorción pasiva en música, lectura, juegos de video y televisión. Se combina de manera paradójica un deseo por ser distinto con una insistencia apasionada por conservarse igual, de modo que se vuelve una necesidad urgente emplear la misma marca de pantalones o chaquetas de mezclilla o los mismos aretes que las amistades especiales. Los adolescentes parecen constituir una subcultura, un mundo separado al que sólo pueden pertenecer los jóvenes.

Adolescencia Intermedia; de 15 a 18 años: Una vez consolidadas las relaciones con los amigos y cuando la experiencia con las fantasías pierde su atractivo, muchachos y muchachas se interesan de manera manifiesta entre sí como objetos de conducta sexual, y se inicia la adolescencia intermedia. El varón se ha orientado comúnmente hasta este momento sobre los modelos de identificación masculina, en tanto que la niña, con toda probabilidad, ha conservado el interés activo por los varones y por los ídolos tanto masculinos como femeninos. Este interés suele estar libre de contenido sexual consciente. Al iniciar el interés orientado de manera heterosexual las preocupaciones por las amistades íntimas, la masturbación y los juegos sexuales con miembros del mismo sexo se ven substituidos por identificaciones con grupos de personas. La relación exigente, cargada de discusiones y dependiente con el padre o (más a menudo) con la madre suele resolverse de manera súbita. En estos momentos los clubes escolares, los grupos deportivos y las actividades sociales de todas las clases brindan oportunidades para añadir una dimensión física a las relaciones con las personas jóvenes del sexo opuesto. Tiene el mismo efecto el acceso a los automóviles, a llegar tarde a casa, a contar con más dinero, a tener menos supervisión de los adultos y en ocasiones el uso de sustancias como el tabaco y el alcohol.

Durante este periodo de expresión sexual cada vez mayor sigue siendo manifiesta la manera en que las conversaciones privadas ("entre mujeres", "entre hombres") con los compañeros del mismo sexo protegen al individuo contra la actividad heterosexual prematura. El poder excesivo (o su equivalente, la coquetería

nerviosa) refleja la fuerza de los impulsos sexuales y la energía que se está dedicando a su supresión. Indudablemente algunos adolescentes aceleran su desarrollo durante esta fase en tanto que otros, al sentirse desesperadamente fuera de categoría y asustados, claudican y se detienen en algún estado fijo. Un tercer grupo orientado de manera precaria e ignorado por sus padres en las etapas previas se excede con la libertad e intenta, mediante conducta extrema (que puede incluir el uso de drogas), provocar a sus padres y a otras figuras autoritarias para que establezcan los límites mínimos necesarios.

Al principio de la adolescencia intermedia, conforme llega al máximo la búsqueda de dominio de sí mismo y de satisfacción de las relaciones heterosexuales se observan todos los movimientos de avance, retroceso y laterales que caracterizan al adolescente en nuestra sociedad. El objeto del "primer amor" suele parecerse de alguna manera al progenitor del sexo opuesto o, si el conflicto por la renuncia al progenitor como finalidad sexual fue demasiado intenso, puede tener rasgos físicos y diametralmente opuestos. La persona joven suele identificarse con el progenitor del mismo sexo en esta época, a menudo con imitación abierta del vestuario y las maneras. El varón se vuelve de repente más integrado, genuinamente viril. La niña se vuelve más femenina, en comparación con sus vanidades y sus afectaciones anteriores. Estos logros señalan el final del periodo de la adolescencia intermedia.

Adolescencia Tardía; de 18 a 22 años: Durante la adolescencia tardía ocurre la consolidación de la personalidad, con estabilidad relativa y consonancia de los sentimientos y la conducta. A menudo se inician la introspección y la imaginación creativa que caracterizaron a las fases previas de la adolescencia. Hacia el final de este periodo es posible reconocer en los estilos de conducta de las personas jóvenes semejanzas notables con lo que repudiaban antes en sus padres. Han cumplido su cometido los valores paternos admirados y respetados, y de esta manera quedan enlazadas las generaciones. Las luchas del género y la libido de la parte media de la adolescencia establecen la etapa central de la búsqueda de la elección vocacional y de la posición satisfactoria en el grupo social.

En algunas personas jóvenes de la sociedad de clase media la adolescencia tardía significa que ha terminado la escuela y que se establecen o son inminentes las elecciones de trabajo y matrimonio. Pasan de inmediato hacia la edad adulta. En otros, la adolescencia tardía señala la iniciación de largos años de estudio y capacitación profesional, época de la edad adulta muy apartada de la adolescencia pero cercana a todas las inversiones de esta última. En esta fase de la "juventud" persisten algunas de las características básicas del estado del estudiante adolescente.

En términos psicológicos, sin embargo, la adolescencia normal se acerca a su fin durante los años universitarios (los 20 años de edad) para quienes siguen estudiando. Quizá persistan los conflictos de tipo adolescente, pero ha terminado la adolescencia. El estudiante de 24 años, graduado con difusión de la identidad o conducta antisocial, que podrían ser aspectos normales en algunos sujetos de 16 años, no es una persona en la que se ha prolongado la adolescencia, sino un adulto con problemas.

Simultáneamente con las capacidades cognitivas en maduración, las personas que se encuentran en la adolescencia tardía suelen preocuparse menos por sí mismas y lo hacen más por los valores y las ideologías culturales. Se interesan seriamente en teología, ética o política, pero aún de una manera tentativa y reversible, y esperan que sus malos resultados se hayan aclarado, todo se perdona y se olvida. (Goldman, 1989).

A pesar de que es conveniente hacer divisiones según la edad cronológica, ésta no ofrece ninguna ventaja para los fines de explicar, describir o entender a los adolescentes. Más difíciles de clasificar, y sin embargo mucho más descriptiva, son las fases de desarrollo físico, mental, emocional y social, de donde emerge la estructura de la personalidad adulta, la adquisición de una identidad y de una posición social.

Debido a que estas fases varían de un adolescente a otro, e incluso en un mismo individuo, ningún método de clasificación, en especial los que se basan en la edad, es suficiente. Los adolescentes son personas, no categorías; son personas jóvenes que ven su futuro con expectativa, que están viviendo experiencias, deseando y necesitando el reconocimiento, el respeto y la orientación tanto de sus padres, de sus compañeros y también de la sociedad.

Así mismo, las características de la sociedad actual y el factor de transición de niño a adulto, provocan que el individuo viva en forma conflictiva esta etapa. El grado de conflicto dependerá de diversos factores como son: el tipo de educación y socialización que haya vivido; el ritmo de cambio y la complejidad del medio social en que se desarrolle; así como, del grado de hostilidad de su medio ambiente social. (Gómez, 1976).

Por otro lado, los procesos psicológicos de adaptación a esta etapa de crecimiento adquieren notable relevancia y pueden llegar incluso a aparecer como un periodo de crisis, de conflicto acentuado que termina por sí mismo y de hecho, contribuye a la formación de la propia identidad. (Erikson, 1971).

Los adolescentes deben manejar las exigencias y expectativas conflictivas de la familia, la comunidad y los amigos, desarrollar conclusiones con respecto a los cambios en sus cuerpos y las necesidades que los acompañan; establecer independencia y moldearse una identidad para la vida adulta.

En este proceso, a menudo se vuelven cínicos y realistas. A causa de que la adolescencia presenta retos tan difíciles, con frecuencia se le considera como un momento de perturbación y confusión. En esta etapa muchos jóvenes se enfrentan, por primera vez, a las preguntas referentes a qué tipo de adultos quieren ser y qué clase de vida llevarán. Siendo hoy día tan generalizadas las preocupaciones con respecto a la realización personal, los problemas de la identidad pocas veces se resuelven; en lugar de ello, surgen de vez en vez a través del ciclo de la vida, así como las inquietudes en relación con la identidad.

La permanencia demasiado prolongada de los adolescentes en el medio familiar crea lazos emocionales que los prenden fuertemente y, no pocas veces, los arrastran a través de la vida entera, ya que con el progreso de la civilización, los adolescentes se liberan cada vez más tarde de la autoridad de los padres. Cuando no entran pronto en la vida práctica (a los dieciséis o diecisiete años a más tardar) continúan sus estudios en la universidad, y su dependencia de los vínculos familiares se extiende hasta los veintitantos años. La complejidad creciente de la civilización, al exigir de la persona un volumen cada vez mayor de conocimiento, habilidades y

experiencias, retiene a los jóvenes en el medio familiar por la imposibilidad de realizar en poco tiempo el largo aprendizaje necesario para marchar por sí solos y hacer carrera en la sociedad mediante el triunfo personal.

Por otra parte, la preocupación de los padres por el futuro de los hijos, una cierta disposición en muchos de aquéllos a considerar a éstos eternamente niños, y por lo tanto, necesitados de vigilancia y amparo, contribuyen en gran medida a prolongar tal estado de cosas.

Sobre todo la evolución de nuestra sociedad ha permitido a los jóvenes de las clases media y alta el que posterguen su capacidad productiva económicamente exigiéndoles a cambio que se preparen cultural y técnicamente, tolerando de este modo un periodo, en ocasiones muy prolongado, de ser adolescentes en un rol de estudiantes. Erickson (1971) llama a esto morosidad psicosocial.

Los expertos en adolescencia de medios urbanos intuyen y especulan que no existe adolescencia entre los pobres o poblaciones marginales y que el tránsito entre la niñez y el ser adulto es una frontera mínima que se cruza con rapidez, cuando el niño por necesidad se autoabastece económicamente y logra saciar las precarias y mínimas necesidades que su ambiente miserable le exige. Se convierte en hombre al lograr un precoz apareamiento, una identidad sexual, adaptándose a un rol de padre adulto en un corto lapso. (De la Garza, 1991).

La adolescencia no es un fenómeno único, sino que obedece a complejas realidades que necesariamente desbordan los marcos teóricos. En las poblaciones marginales, los factores de organización familiar, el ser hombre o mujer y los factores económicos determinarán los diversos tipos de adolescentes.

La hipótesis de la inexistencia de una adolescencia semejante a la de las clases medias y altas es, sin duda, cierta. El joven está inserto en una familia que le impone patrones ideales y necesidades que él deberá satisfacer en forma muy diferente a la de otros grupos sociales. El salto de la niñez a la adultez implica por lo menos dos

importantes variables: una definición de rol sexual, que se adquiere al conciliar la genitalidad con una capacidad de apareamiento y reproducción, mutando su desempeño del rol infantil en un rol de adulto padre.

A pesar de la deficiente alimentación, los cambios hormonales se presentan a la misma edad que en otros estratos socioeconómicos. La menarquia y la eyaculación aparecen entre los 11 y los 13 años de edad. Estos factores determinan físicamente el cambio de niño a adulto. La segunda condición es de índole económica y social, al lograr el niño capacidad productiva, económica, que lo autoabastezca a él y a su pareja, y ser capaz de independizarse.

La búsqueda más azarosa de identidad del adolescente marginal será la de un hombre productivo económicamente. Ser adulto implica abandonar el rol de niño. En el adolescente de la clase media y alta, este periodo se prolonga de tal modo que le permite elaborar la pérdida, y la consecuente depresión, de sus privilegios infantiles. En el medio marginal, esto sucede violentamente. Los padres ven en el ocio del hijo una actitud de pereza que recriminan fuertemente, instándole a que consiga empleo o se vaya de la casa.

El fracaso reiterado en la búsqueda de una identidad social, familiar y sexual, llevara al adolescente por caminos equivocados, que en cortocircuito permiten la satisfacción inmediata de sus necesidades, pero que a la vez le destruyen profundamente. La delincuencia y el consumo de drogas serán las puertas falsas de escape al conflicto. Robando, se consigue el dinero inalcanzable por medios socialmente aceptados. Con las drogas trata de aminora su depresión y se sumergirá transitoriamente en una mezcla de paraíso y de infierno alucinatorio.

3.2. Teoría del Desarrollo en la Adolescencia y la Juventud Planteada por Erikson:

La idea básica de Erikson (1950), es que el desarrollo durante el ciclo de la vida está formado por una serie de etapas, cada una de las cuales comprende una tarea o dilema central. La naturaleza de cada tarea esta determinada parcialmente por los cambios biológicos, como la pubertad, y en parte por los cambios en las

exigencias sociales señaladas sobre cada individuo. Erikson (1959), coloca a dos de estas tareas en el periodo de la adolescencia y la juventud. Erikson (1980, en Bee y Mitchell, 1987).

Identidad contra confusión de papeles: La "búsqueda de la identidad" es una expresión de uso frecuente que se ha asociado con el trabajo de Erikson. Es autor (1960) afirma que la búsqueda de la identidad, aun cuando sea una preocupación que siempre se presenta a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico durante la adolescencia, ya que en ésta hay muchos cambios significativos en toda la persona, pero especialmente en el yo. La identidad se refiere a una integración de papeles.

El resultado es que el joven se encuentra atrapado en un problema de identidad: aún es un niño en algunos aspectos, aunque con necesidades de adulto; aún es dependiente, aunque se espera que se comporte con independencia; ya es sexualmente maduro, pero incapaz de satisfacer sus necesidades sexuales, por lo que el adolescente no sabe quién es en realidad. El mundo adulto encuentra difícil definir los papeles del adolescente y también el adolescente.

Muchas personas jóvenes recurren a la formación de su propia subcultura, la cual es a menudo bastante diferente a la cultura prevaeciente e incluso antagónica. Esta subcultura puede satisfacer en algún grado la necesidad del adolescente de identidad, pero no tiene que ver con otras necesidades que sólo pueden satisfacerse adoptando un papel apropiado en la corriente cultura.

La identidad del ego es una continuidad interna o igualdad interna; debe tomarse simplemente como un papel central del ego, que es aceptable para el individuo y para el círculo de personas importantes para él. La naturaleza del círculo social varía considerablemente a lo largo de la vida, pero alcanza un nivel en extremo sensible durante la adolescencia. Al igual que cualquier otro aspecto de la personalidad, la búsqueda de la identidad sigue un curso de desarrollo, con la adolescencia como su punto máximo, pero con otro periodo álgido más adelante, cuando afrontemos el fin de nuestra existencia. La incapacidad de lograr un sentido de identidad se denomina según Erikson (1963), confusión de papeles.

Durante los años de adolescencia el tema del logro se vuelve altamente crítico y a menudo los jóvenes sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad. Son juzgados por sus logros y se juzgan a sí mismos según éstos. Hay muchas áreas de logro y las normas son muy elevadas. En realidad, el idealismo afecta mucho de lo que los jóvenes tratan de alcanzar, por lo que a menudo sus logros quedan cortos en relación con sus expectativas y se decepcionan y desaniman. Pueden culpar a la sociedad, pero por lo general tienen la idea obsesiva de tener ellos la culpa en el fondo. Por consiguiente, el logro debe capacitarlos para encontrar un lugar dentro de su grupo social; deben aprender cómo vestir y actuar en la forma definitiva que apruebe el grupo. A menudo los patrones, aunque impuestos estrictamente, no están especificados con claridad. Estos jóvenes están en un trance particularmente penoso; experimentan rechazo y censura, pero permanecen en la obscuridad en cuanto a las razones.

Erikson (1968) subraya que en una sociedad industrializada compleja la formación de un sentido de identidad confronta al joven con otros problemas peculiares. Los jóvenes están desconcertados, su conocimiento de lo que tienen disponible es vago y son limitadas sus oportunidades de ensayar diferentes estilos de vida. Al no saber realmente qué rumbo tomar, están obligados a aventurarse a lo largo de una senda en particular, con muchas incertidumbres e incógnitas que ensombrecen su camino. Hay injusticias en pertenecer a una clase, desigualdad de oportunidades, valores diferentes y diversas desviaciones de la corriente principal de la cultura. Por ejemplo, el niño que crece en una familia cuya única fuente de ingreso es un cheque de la asistencia social, y en la que el padre nunca ha tenido un trabajo estable, seguramente tiene modelos deficientes para moldear su propio sentido de identidad. De la discusión precedente, debe aclararse que la formación de un sentido de identidad es un proceso altamente complejo, que se lleva a cabo en un largo periodo y a menudo el individuo es víctima de circunstancias que no puede controlar y propicia difusión y confusión de los papeles.

Erikson subraya que la identidad se relaciona con la elaboración de compromisos a largo plazo: La adolescencia es la última etapa de la infancia. Sin embargo, el proceso adolescente queda concluyentemente completo sólo cuando el individuo ha subordinado sus identificaciones infantiles a una nueva clase de

identificación, lograda al absorber la sociabilidad, y en un aprendizaje competitivo con sus compañeros de edad. Estas nuevas identificaciones no están ya caracterizadas por la alegría de la infancia y el entusiasmo experimental de la juventud; con urgencia extrema obligan al joven "para toda la vida". La tarea que debe ser ejecutada aquí por el joven y por la sociedad es formidable. Necesita, en diferentes individuos y en diferentes sociedades, grandes variaciones de la duración, la intensidad y la ritualización de la adolescencia. Las sociedades ofrecen, conforme lo requieran los individuos, periodos intermedios, más o menos sancionados, entre la infancia, y la edad adulta, a menudo caracterizados por una combinación de inmadurez prolongada y precocidad provocada. (Erikson, 1969).

Erikson (1968) denomina este periodo intermedio de inmadurez prolongada "moratoria psicosocial". Ha utilizado este término para designar algunas conductas muy desconcertantes de la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Se refiere a una rotura temporal con las demandas del curso psicológico de desarrollo. En su forma más pura, la moratoria es un cambio abrupto en la dirección de la conducta. Por ejemplo, el estudiante de bachillerato que ha proclamado que planea asistir a la universidad puede cambiar de opinión en el último momento. En vez de inscribirse en la universidad puede ingresar en los Cuerpos de Paz, aceptar un empleo o simplemente no hacer nada por un tiempo. Esta actitud al parecer irresponsable la malinterpretan fácilmente los padres y maestros como pereza, desafío o un claro trastorno de la personalidad. Pero Erikson tiene un punto de vista diferente; cree que es una respuesta normal a las tensiones y esfuerzos del crecimiento. La moratoria psicosocial ofrece una inusitada oportunidad para escudriñar los valores de una persona. Cuando los jóvenes reanudan sus actividades anteriores a menudo tienen mayores oportunidades de lograr sus objetivos.

Para los muchos que literalmente no pueden "desertar", hay reacciones más sutiles. El joven universitario puede comenzar a beber en exceso, ingerir drogas o unirse a un grupo extremista y dedicar todo su tiempo a asuntos ideológicos. El joven puede perder el incentivo para llevar sus asignaturas, quizá incluso salga reprobado en un semestre o sus calificaciones pueden descender bruscamente o tal vez experimentar hastío y fatiga buena parte del tiempo. Si tiene éxito el proceso de alcanzar un sentido de identidad, los individuos están convencidos de que tenían que convertirse en lo que son, que no existe otra manera de ser para ellos; es más,

deben sentir que la sociedad los ve de esa forma. Esta convicción implica que se sienten integrados, consigo mismos y a gusto en relación a su ambiente físico y social, (Erikson, 1968). Este sentido total de identidad es un ideal que nadie alcanza completamente o logra de una vez y para siempre. La mayoría de las personas se sienten aceptadas y se aceptan a sí mismas en algunos aspectos de sus vidas y parcial o totalmente rechazadas en otras. Además, la integración de la personalidad es siempre una cuestión de grado; todos experimentamos tendencias divergentes dentro de nosotros mismos, aspectos disociados de la personalidad que se comportan como personalidades y elementos aparte y parecen totalmente ajenos. Con respecto al curso de desarrollo de un sentido de identidad, Erikson dice:

“Desde un punto de vista genético, entonces, el proceso de formación de identidad emerge como una configuración que evoluciona - una configuración que se establece gradualmente por las sucesivas síntesis y resíntesis el ego a través de la infancia. Es una configuración que integra gradualmente dones constitucionales, necesidades libidinosas idiosincráticas, capacidades favorecidas, identificaciones significativas, defensas efectivas, sublimaciones acertadas y papeles congruentes. La reunión final de todos los elementos de identidad convergentes al final de la infancia (y el abandono de los divergentes), parece ser una tarea formidable...”

En sus intentos de alcanzar su sentido de identidad, la juventud experimenta tanta confusión de papeles como difusión de papeles, particularmente hacia el final de la adolescencia, cuando los primeros conflictos se intensifican y es mayor la urgencia de adoptar un papel estable. El adolescente “juega” con diferentes papeles animado por la esperanza de encontrar uno que le “quede” Erikson, (1956). Las defensas del ego durante este período son bastante fulidas y la experimentación de papeles puede dar la impresión de que existe un trastorno grave de la personalidad, a pesar de que a menudo el único medio que tiene el joven para enfrentarse con las tentaciones internas y externas es el empleo del comportamiento de ensayo y error y los mecanismos de adaptación. En esta época, el sentido de difusión de papeles o falta de identidad, está a su máximo; cuando se logra un sentido de identidad, se experimenta como un estado emocional placentero, como (Erikson, 1968) subraya: “Un sentido óptimo de identidad... se experimenta... como un sentido de bienestar psicosocial. Sus

conocimientos más evidentes son el sentimiento de estar a gusto en el propio cuerpo, una sensación de "saber a dónde va, y una certeza interior del reconocimiento anticipado de quienes cuentan".

Ideología contra totalismo: Durante la adolescencia, ocurren muchos cambios físicos, psicológicos y sociales que comienzan a definir la categoría de adulto. Una diversidad de papeles debe ser integrada conforme el individuo busca un sentido continuo de identidad. Las tensiones de este periodo pueden conducir a diversas estrategias anormales, por ejemplo la regresión a las técnicas de comportamiento infantil como un medio para evitar la tensión del cambio, o salirse de la corriente principal (la moratoria psicosocial) para encontrarse uno mismo o un compromiso fanático a un sistema oculto.

El individuo en la adolescencia tardía busca la respuestas a algunas interrogantes básicas de la vida para comprometerse con los valores culturales y los patrones aceptados de conducta. La mejor resolución de las ideologías en conflicto que afrontan los adolescentes es la inducción dentro de la cultura como adultos contribuyentes que ocupan posiciones aceptadas y observan reglas aprobadas. Erikson, (1977) llama a la ritualización de este periodo ideología, la cual se refiere a la identificación con los ritos y patrones de la cultura. El ritualismo de esta etapa es el totalismo. Erikson dice: "El elemento ritualista reservado para la juventud lo he llamado totalismo, o sea la preocupación exclusiva con lo que parece incuestionablemente ideal dentro de un sistema hermético de ideas". La persona se encierra a si misma en un sistema que ofrece una forma de vida ideal -una religión, un sistema económico, un sistema político.

Ciertos ritos y ceremonias marcan el cambio de la adolescencia al estado adulto, tal es el caso de la graduación del bachillerato, la obtención de la licencia para manejar, llegar a la edad exigida para votar y poder comprar bebidas alcohólicas. Un reciente anuncio comercial sugería que el momento de alcanzar el estado adulto estaba marcado por la primera compra que realizaba la persona con una tarjeta de crédito. Estas diversas ceremonias confieren derechos, obligaciones y privilegios, y también inician a la persona joven en la corriente principal de la cultura.

La persona que ha alcanzado un sentido de identidad se compromete con una ideología aceptada, un sistema de creencias y valores aprobado por su cultura. La vida está reglamentada por esas creencias y patrones. La persona que sufre de confusión de papeles carece de ese compromiso. Hay muchas formas de anormalidades que pueden ocurrir. El ritualismo del totalismo enfatiza la persecución fanática de ideales y las respuestas absolutas a los principales problemas de la vida.

Le hemos puesto más atención al sentido de identidad que a cualquiera de las otras etapas psicosociales, porque este periodo es crucial en el desarrollo de la personalidad. La falta de alcanzar un sentido sano de identidad tiene mayores efectos adversos en el desarrollo y el funcionamiento de la subsecuente personalidad que los demás logros psicosociales. Erikson atribuye dos virtudes humanas muy importantes, devoción y fidelidad, a la consecución de un sentido sano de identidad. Sin un sentido firme de identidad, la persona no puede ser leal a nada ni nadie.

Intimidad Versus Aislamiento: Una vez que se ha formado la identidad, el adulto joven se enfrenta ahora a una nueva presión de formar una familia, y al final de tener hijos. Erikson (1959), señala que esta presión da lugar a un nuevo dilema. La persona joven ya ha establecido varias vinculaciones de importancia, en particular las vinculaciones con los padres en los primeros años de vida y más tarde con los compañeros. Ahora hay un nuevo nivel de intimidad requerido si es que se van a crear relaciones estables, duraderas. La clave para la verdadera intimidad es la apertura total, la disposición para abandonar, por lo menos parcialmente, el sentido de separación y crear una nueva unión que es nosotros en lugar de yo. Es claro que dicha forma de relación íntima es una forma de vinculación, pero es una vinculación creada después de que cada persona ha establecido una identidad independiente. Tales relaciones normales comprenden la intimidad sexual, pero también incluyen la intimidad emocional al igual que mental.

La intimidad en las relaciones humanas presupone otros logros importantes y, por tanto, muchas personas son incapaces de lograrla. Nadie puede formar una relación íntima sin una confianza básica en el otro. Entonces, también, la relación íntima se construye sobre la autonomía segura de ambas partes; la persona con

los pies en la tierra puede dar más que el individuo dependiente, desvalido, que sólo desea recibir. Un sentido de iniciativa bien desarrollado capacita a los cónyuges a realizar cosas productivas para el otro. Un sentido de laboriosidad capacita a cada uno a mostrar amor en una forma tangible, haciendo cosas en forma competente para su pareja. El sentido de identidad proporciona a la pareja el papel de ego estable, una capacidad sana para la fidelidad y una serie bien definida de valores y prioridades.

Erikson acepta la idea de Freud de que uno de los signos de madurez (o lo que Freud llamaba genitalidad) es la capacidad de amar. Amar verdaderamente exige cualidades como compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad. La compasión es el sentimiento de ternura hacia otro y el deseo de ayudarlo. La simpatía significa unidad o armonía con otro. La empatía es el sentimiento de compartir una experiencia. La identificación es convertirse en una sola persona con el otro. La reciprocidad significa aceptar el punto de vista del otro como igualmente válido que el propio. La mutualidad significa querer lo que el otro desea dar y conceder lo que el otro desea recibir. Estos son los aspectos sociales de la personalidad, sin los cuales no puede haber intimidad.

Consideremos el matrimonio como un ejemplo de una relación íntima; si el matrimonio ha de tener éxito, cada cónyuge debe sentir hacia el otro las emociones que mencionamos. Debe haber mutualidad y reciprocidad; cada uno debe querer lo que el otro puede dar y, a su vez, ser capaz de dar lo que el otro desea o necesita. Cada uno desiste de una parte de sus deseos por los del otro. La compasión, simpatía, empatía e identificación sirven para suavizar los puntos ásperos y las diferencias naturales entre hombre y mujer, así como agregan riqueza a la relación. Estos sentimientos y emociones sociales son bastante evidentes en el acto sexual, el cual es, sin embargo, sólo una faceta de la intimidad asociada con el matrimonio.

La incapacidad para establecer relaciones íntimas satisfactorias a menudo deja a las personas con un sentido profundo de aislamiento y extrañeza. Aunque las personas sean capaces de sobrellevar sus trabajos y mantener alguna apariencia de intimidad en las relaciones superficiales, pueden experimentar un sentimiento profundo de vacuidad y soledad. La mayoría de los seres humanos parece tener una necesidad intensa de amar y una

necesidad igualmente intensa de ser amada. Si estas necesidades no se satisfacen, surge un sentido obsesivo de estar incompleto. Otras reacciones al fracaso en la necesidad de intimidad incluyen papeles sociales estereotipados, como ser siempre sarcástico, siempre el payaso o someterse crónicamente a la voluntad de los demás.

Al enfatizar el papel de la intimidad durante el estado adulto temprano, Erikson no dice mucho acerca de la otra tarea importante de este periodo, a saber, prepararse y trabajar de manera competente en una profesión. Todos estamos obligados a encontrarnos un sitio en la vida y esto, por lo general, significa alguna clase aceptable de trabajo. Quizá Erikson cree que la necesidad de intimidad eclipsa la necesidad de una profesión en esta etapa, particularmente debido a que el trabajo se vuelve el interés dominante de la siguiente etapa, de la generatividad contra el estancamiento. Erikson (1968) atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación, (formación de amistades), y amor (interés profundo en otra persona).

3.3. Adicción:

El término adicción significa una forma extrema de uso compulsivo que convierte a la droga en el centro de la vida del individuo. Hay una preocupación prioritaria en tener y consumir drogas, una incapacidad en disminuir el consumo, que persiste, tras breves períodos de abstinencia, a pesar de los efectos perjudiciales y de pagar un alto costo, destruyendo parte de la vida del consumidor. (Mothner y Weitz, 1986).

La adicción, según la defina la Organización Mundial de la Salud es un "patrón de conducta de fármacos que se caracteriza por un aferramiento insuperable al consumo de una sustancia, conducta de búsqueda compulsiva de la misma y gran tendencia a las recaídas después de la supresión". La Organización Mundial de la Salud insiste en que "la adicción debe considerarse como una continuidad relacionada con el grado al cual el consumo de la sustancia afecta a la calidad total de vida del consumidor y a los límites de las circunstancias bajo las cuales controla su conducta". (Goldman, 1989).

A continuación se esbozan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (1995) para diagnosticar el abuso de sustancias:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionadas con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

En 1954, la Asociación Médica Estadounidense definió el alcoholismo como una enfermedad primaria.

De manera similar, la Sociedad Médica Estadounidense para el Alcoholismo y otras Dependencias a Drogas (AMSAODN, siglas de su nombre en inglés), la organización más grande de médicos en el campo del tratamiento de la adicción, estableció en 1987 que todas las dependencias a fármacos son enfermedades y deben ser consideradas y tratadas como enfermedades primarias.

En este concepto de la adicción como enfermedad, la adicción es un proceso patológico por su propio derecho, con signos y síntomas característicos, un diagnóstico confiable, pronóstico, tratamiento y estrategias de recuperación. Los enfoques psiquiátricos tradicionales, sin embargo, consideran a la adicción como un síntoma de un proceso psicopatológico subyacente.

En esta orientación psiquiátrica de la adicción, los planes de tratamiento involucrarían una exploración de la enfermedad subyacente con la esperanza de que adicción pueda ser vencida indirectamente. Esta controversia relativa al diagnóstico y tratamiento de la adicción tiene un efecto profundo sobre el tratamiento así como sobre la comunicación y cooperación entre los profesionales del cuidado de la salud.

Una de las diferencias clave entre los dos conceptos descritos anteriormente se centra en su enfoque del tratamiento. El concepto de la adicción como enfermedad enfatiza la sobriedad como herramienta y como objetivo, mientras que el concepto de orientación psiquiátrica de la adicción deja abierta la puerta para aprender a usar las sustancias psicoactivas responsablemente después de exhibir la adicción.

Una comprensión y definición psicoanalítica ha sido intentada desde Freud (1930), y más recientemente, Weider y Kaplan (1969), coinciden en explicarla como un mecanismo de automedicación ante sentimientos de frustración, desilusión, vergüenza, rabia, depresión y angustia. Otros argumentan la necesidad de una regresión a estados previos del desarrollo ligados a la búsqueda de satisfacción temprana, tales como Rado (1933) y Savit (1966); o quizás como una forma de suicidio o predominio del instinto de muerte.

Rosenfeld (1960 en Tapia, 1994) utiliza la teoría de las relaciones objetales para explicar el mecanismo de la adicción, estableciendo que la droga es sentida como un objeto malo, o un objeto muerto, el cual es incorporado con el propósito de alcanzar un estado de control omnipotente.

Las personas adictas a las drogas, sienten la necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual, sino también seguridad y evidencia de la autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma

de la persona. Los adictos representan el tipo de "impulsivos" más ampliamente definidos. Por ejemplo: Algunos cleptómanos caen dentro de un círculo vicioso fatal a causa de que el acto de robar les va resultando cada vez más insuficiente para procurar alivio. Tienen que robar más y más. Estas personas podrían llamarse "adictos al robo". Otras personas que se sienten compelidas violenta e impulsivamente a devorar todo alimento que en un determinado momento está a su alcance; son "adictos" a los alimentos. Esta denominación sugiere ya el carácter urgente de la necesidad y la insuficiencia final de todos los intentos de satisfacerla. La adicción a las drogas difiere de estas "adicciones sin drogas" en un aspecto que las hace mucho más complicadas: los efectos químicos de las drogas". (Fenichel, 1994)

Los efectos habituales de las drogas usadas por los adictos son o bien sedantes o estimulantes. Hay muchas ocasiones en la vida humana en que el anhelo de lograr tales efectos puede ser muy legítimo. Si una persona usa drogas al hallarse en una tal situación, no se le llama adicta. Una persona que está sufriendo dolor y recibe una inyección de morfina ha sido objeto de un acto de protección necesaria. De una manera semejante, las drogas eufóricas constituyen una protección contra estados psíquicos penosos por ejemplo: contra las depresiones y efectivamente son, a menudo muy eficaces. Mientras el uso de drogas no deja de ser puramente una medida de protección, no hay adicción. Un adicto, es por el contrario, una persona para quien la droga tiene un significado sutil e imperativo. Inicialmente, el paciente pudo haber buscado nada más que consuelo. Pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad, que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia, en cierto momento se hace tan abrumadora como para anular otros intereses.

En otras palabras, los adictos son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol, la morfina y otras drogas, de una manera específica, es decir, de una manera tal que tratan de usar estos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral que es al mismo tiempo un anhelo de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima. El origen y la naturaleza de la adicción no residen, en consecuencia, en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente.

El factor decisivo, es por lo tanto, la personalidad premórbida. Los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico.

Es muy importante poder comprender cuál es el género de placer buscado por los adictos. Los pacientes dispuestos a renunciar a toda forma de libido objetal, necesariamente son personas que nunca estimaron demasiado las relaciones de objeto. Se hallan fijados a una finalidad narcisista-pasiva, y sólo muestran personalidad específica de sus partenaires. Interés en el logro de su gratificación, nunca en satisfacer a alguien más. Los objetos no son para ellos otra cosa que proveedores de suministros. Desde el punto de vista erótico, las zonas dominantes son la zona oral y la piel. La autoestima, y la existencia misma, dependen de la conservación de alimento y calor. (Fenichel, 1994)

El efecto de la droga reside en el hecho de que se le siente como tal alimento y calor. Las personas de esta clase reaccionan a las situaciones que crean la necesidad de sedación o estimulación, de una manera diferente a como lo hacen los demás. No toleran la tensión. No pueden tolerar el dolor, la frustración, las situaciones de espera. Aprovechan cualquier oportunidad para escapar con mayor rapidez y pueden sentir el efecto de la droga como algo mucho más gratificante que la situación original interrumpida por el dolor o la frustración precipitantes. Después de consumir la droga el dolor o la frustración se hacen aún más intolerables, dando lugar a un uso más intenso de la misma. Todos los demás impulsos van siendo gradualmente reemplazados por el "anhelo farmacotóxico". Gradualmente desaparece todo interés por la realidad, excepto lo que se relacione con el hecho de procurarse la droga.

Por último se puede observar que estas personas, tienen una gran necesidad de suministros internos y externos y no importa quién los ha de proveer. No tienen que ser necesariamente una persona; puede ser una droga o un "hobby" obsesivo. Algunas personas de este tipo lo pasan peor que otras. No solamente necesitan suministros, sino que a la vez temen conseguirlos, porque inconscientemente los consideran peligrosos. (Fenichel, 1994).

3.4. Adicciones en la Adolescencia:

El comienzo de las adicciones al tabaquismo y alcohol suele presentarse en la adolescencia, en donde intervienen varios elementos, dentro del modelo social existe mucha gente que fuma y bebe alcohol incluso desde pequeños. Todos los privilegios reservados a los adultos se convierten en el blanco deseado por los adolescentes; el alcohol y tabaco se convierten para ellos en un símbolo de madurez. El adolescente bebe y fuma no tanto por el gusto del alcohol y tabaco, sino por sentirse adulto y desafiar la autoridad. Por otra parte, como el alcohol y el tabaco se consiguen fácilmente, el adolescente puede satisfacer sus deseos de alegrarse y tener sensaciones de relajamiento acompañado de cierta animación mental, aunque arriesga su salud.

Para muchos jóvenes el beber o fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta, por lo que el tener padres que no beben o que enseñan a sus hijos como ser bebedores responsables, probablemente reduce las posibilidades de que dichos jóvenes abusen del alcohol.

En un mundo donde el alcohol y el tabaco se han convertido en símbolo de cordialidad y hospitalidad, es absurdo tratar de ocultar su existencia a los hijos adolescentes. El alcohol es neutral en sí mismo, aunque usado en exceso provoque tantos males, el tabaco, por su parte, provoca daños a terceros desde el momento que se exhala.

En cuanto a los factores relacionados con el inicio del consumo de tabaco se hace referencia tanto del ambiente que rodea al sujeto como al propio individuo. Entre estos factores destacan los correspondientes al carácter familiar como lo son el que los padres fumen, accesibilidad al tabaco y la tolerancia a dicha conducta. Por otra parte está la influencia de factores estresantes. Otro factor es el del carácter individual que se refiere a las características que el sujeto tiene con relación al desarrollo del hábito, como las variables de personalidad y motivación.

Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que la mayoría de los miembros fuman o beben, existe una mayor probabilidad de que esa persona empiece a fumar para sentirse parte del grupo y ser aceptado y reconocido por éste, dándole mayor seguridad y confianza.

Hay padres que cuando confrontan la realidad de que su hijo o hija tienen problemas con el alcohol responden "no me preocupa demasiado que beba, al menos no usa otra droga". El alcohol es una droga y se sabe lo peligroso que es cuando se usa sin medida.

Otro factor, es que el tiempo que los padres tienen para interactuar con sus hijos se reduce significativamente. Ya no les enseñan las capacidades y valores que pudieran prepararlos adecuadamente para la vida, de modo que los jóvenes se ven obligados a aprenderlos en la escuela y en otros lugares para sobrevivir, con amigos que generalmente no son los óptimos y por no haber tenido claros estos valores, son fácilmente influenciados y si estas influencias son negativas, pueden caer en la farmacodependencia.

Otro punto que se debe tomar en cuenta acerca del porqué beben los jóvenes, es la introducción a la bebida debido a la "presión de los compañeros". El ser aceptado por el grupo es de máxima importancia y en consecuencia muchos jóvenes son presionados o inducidos a la bebida. A este respecto, North (1985, citado en González, C. 1987) apunta que la excesiva ingestión de bebidas alcohólicas entre jóvenes empieza como algo para demostrar su masculinidad a sus compañeros, luego, para algunos, esa inclinación se convierte en escapismo, en un intento de disminuir las presiones de las dificultades cotidianas. Así pues, no está precisamente hablando sobre el abuso del alcohol, sino sobre abuso de la propia persona.

Otro motivo es el que los adolescentes beben en un inicio tan sólo por la curiosidad de los efectos que produce el alcohol. El joven que tiende a ser introvertido y tímido, necesita afirmar su personalidad ante sí mismo y ante el mundo. El alcohol le brinda un supuesto camino para lograrlo, ya que es un producto socialmente aceptado, recomendado y cuyo uso es considerado normal. Tiene también la ventaja de encontrarse con facilidad y a precio accesible.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993) se concluyó que la mayor parte de la población bebedora (casi la totalidad: 92.8%) dijo haber iniciado su consumo por presión de grupo y por curiosidad (69.6%) respectivamente. Esto coincide, especialmente en lo que a la presión grupal se refiere, con la normalización social de la ingestión alcohólica. Desde la "probadita infantil", inducida en el ámbito familiar, hasta la copa para brindar, el contexto social propicia el inicio de la alcoholización como algo deseable, legítimo y parte de rituales difíciles de eludir. Casi la mitad (46.6%) inició entre los 15 y 18 años; cerca de la cuarta parte (21.1%) entre los 19 y 23 años, alrededor de un 15% se inició entre los 11 y 14 años, y un 4.4% antes de los 10 años de edad. Se observa que un alarmante 66% corresponde a menores de edad.

En cuanto a las edades de inicio y los motivos entre los ex-bebedores, los porcentajes en motivo para iniciarse no tienen diferencias substanciales con los no bebedores.

Hombres y mujeres muestran similitud en los porcentajes de edades de inicio (15 a 18 y 19 a 23 años). Sin embargo, existen más hombres que mujeres con inicio temprano (11 a 14 años y menos). Las razones que manejaron los no-bebedores para no consumir alcohol fueron: en primer lugar, "que no les llamaba la atención" (73.5%) y en segundo lugar, "que no se acostumbraba en la familia" (12.9%). Obviamente, los porcentajes más altos para ambas razones se encuentran en los grupos más jóvenes (12 a 18 años), que aunque podemos considerar que aún no bebe, no puede asegurarse que no lo harán.

Los mismos resultados se encontraron con respecto al hábito tabáquico, donde se reporta que los principales motivos fueron la curiosidad un (45%), por presión de los amigos (37%) y por la necesidad de tranquilizarse (7%). Las principales variables responsables del inicio del hábito de fumar son de naturaleza psicosocial: los adolescentes sienten la curiosidad de experimentar nuevas sensaciones y pretenden encontrarlas en el cigarro.

Lo anterior confirma la investigación realizada en 1988, por Medina Mora, (1990) en donde se entrevistó a 88,735 estudiantes de primer años de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sobre el consumo

de tabaco. Entre estos adolescentes se encontro que el, 9.3% habia fumado diariamente durante los últimos 12 meses. Entre estos fumadores 76.6% dijo que fumaba por placer, 18.2% para aliviar el "stress" y 16.7% por imitar a otros. (Presión de compañeros). (Dirección General de Servicios Médicos, 1988 en INER, 1990).

Volviendo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1993), en cuanto al sexo, la prevalencia de fumadores en el grupo masculino fue del 38.3%, lo que equivale a más de 7 millones de sujetos con este hábito; mientras que en las mujeres correspondió a 14.2%, lo que se traduce a poco más de 3 millones. Por lo que los hombres fuman dos veces más que la mujer. En cuanto a la edad de inicio, 52.2% de los fumadores fue entre los 15 y 18 años, casi una quinta parte, 17.6% comenzó entre los 19 y 23 años, y un 17% entre los 11 y 14 años. El 3% en ambos sexos indico haber iniciado antes de los 10 años.

Esto significa que el 72% de los fumadores inició antes de cumplir los 18 años, lo cual muestra que el inicio al tabaquismo se está dando principalmente en la adolescencia, situación que obliga a instrumentar medidas preventivas a temprana edad. (ENA, 1993).

Durante la adolescencia los jóvenes abusan de las drogas porque intentan escapar de las frustraciones diarias de la familia, trabajo y/o escuela y aunque algunas como el alcohol y tabaco son socialmente aceptadas no dejan de ser peligrosas para quienes las consumen y para quienes rodean a los consumidores. Muchos jóvenes pueden pasar del alcohol y tabaco a otras drogas más fuertes, buscando con esto nuevas experiencias y al mismo tiempo satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las mismas.

El problema a que se enfrenta el adolescente es que experimentar con casi cualquier droga es en potencia más peligroso que fumar unos cuantos cigarros. La tos del fumador puede desaparecer, mas un experimento con una droga puede resultar traumatizante; un "mal viaje" puede requerir hospitalización y producir una perturbación emocional de larga duración. Pocos serían los jóvenes que se someterían por su gusto a algún experimento físico debilitante o a un trauma emocional desquiciante. Pero todo adolescente que se siente tentado a emplear una droga ha de calibrar cuáles son las posibles consecuencias de sus acciones cuando tiene

tan pocos conocimientos al respecto, pues son pocos los que se poseen. El problema del abuso de las drogas entre los adolescentes, por más que posea magnitud tan enorme, en realidad no ha sido investigado todavía. (Grinder, 1987)

3.5. El Abuso de Otras Drogas Durante la Adolescencia:

El problema de la farmacodependencia y sus nefastas consecuencias constituyen en la actualidad un motivo de reflexión y preocupación de toda persona consciente de la situación en que se está viviendo. Porque éste no sólo es un problema de salud pública, sino algo más crítico que afecta sobre todo a los adolescentes y que crece paso a paso en profundidad y extensión.

El consumo de sustancias tóxicas ha sido diferente en cada época. Actualmente, tanto por sus causas como por sus represiones, la adicción a drogas es un grave problema social y de salud, especialmente de salud mental, que está adquiriendo nuevas dimensiones y alcances. La problemática como producto de las condiciones de la época contemporánea parece tener su manifestación más obvia aunque no en exclusiva en el joven y el adolescente. Por razones biológicas el adolescente se ve compelido a ejecutar acciones diversas, si éstas tienen o no una derivación adecuada dependerá del ambiente sociocultural en el que se desenvuelve el sujeto. Porque el adolescente es la viva imagen del individuo en transición, cuyo problema básico es encontrar su identidad y, por lo tanto la distinción de sí en y con el mundo que lo rodea. El establecimiento de valores morales y éticos, la elección de vocación, de los amigos, etc., son otros tantos problemas que lo afectan. Esta situación, sin embargo, es afín a todo joven, y por ello es todavía más crítica e incomprensible esa pregunta sin respuesta que tanto inquieta: ¿por qué son susceptibles algunos de ellos a la drogadicción y por qué otros no? Las respuestas parecen intuirse, pero lo cierto es que no hay una lo suficientemente reveladora ni que pueda considerarse como la llave que permita encontrar la solución adecuada al problema.

Por otra parte, el tipo de drogas de abuso está relacionado íntimamente con los niveles socioeconómicos de los usuarios, tenemos que de la población conocida adicta, el 33.9 por ciento de la clase media usa marihuana principalmente, en tanto que la clase baja abusa de los inhalables en el 38.6 por ciento, siendo la clase alta en proporción quien más consume drogas duras, principalmente cocaína, en virtud del costo de estas sustancias. Sabemos, asimismo, que la farmacodependencia actual, a diferencia de la del pasado, es un problema de politoxicomanía. Antes, un individuo adicto usaba una sola droga; hoy su uso no se restringe a una sino que se recurre a varias, bien sea en forma simultánea o escalonada, e incluso ocurre un encadenamiento de las un aparente menor peligro hasta las de potencial más fuerte.

En general, el uso de drogas se debe a diversos factores endógenos y exógenos. Los primeros se refieren a los impulsos que provocan que el sujeto vaya en busca de saciar sus necesidades emocionales tales como la curiosidad, característica principal para el inicio de sustancias tóxicas, la ambición o la necesidad de ser aceptado en el grupo. Dichas necesidades pueden ser remediadas ilusoriamente sólo por un tiempo determinado por medio de la droga, ya que al paso del efecto vuelven a presentarse.

En los factores exógenos encontramos la influencia que tienen los padres, amigos y hermanos, y factores ambientales como la disponibilidad de la droga, y el bajo costo.

Es obvio que no existe una causa única para el consumo de drogas; sin embargo, el abuso de ellas puede ser visto como parte del problema que significa la carencia de roles auténticos propiciada por la enajenación. Las razones por las que el adolescente o joven utiliza fármacos alteradores de la mente son diferentes y múltiples, pero es evidente que la autoafirmación y la rebeldía propias del proceso de desarrollo y encuentro social del joven conforman un factor significativo. Para el joven, si no hay mañana, es mejor disfrutar tanto como sea posible los "delicites" del hoy, incluyendo los supuestos placeres de las drogas.

La OMS (1990), menciona algunos motivos que propician el consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes: "Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas, adquirir la sensación de pertenecer a un

grupo y de ser aceptado por otro, expresar independencia y, a veces, hostilidad, obtener experiencias supuestamente placenteras, emocionantes, nuevas o peligrosas, adquirir un estado superior de conocimiento o de creatividad, intentar conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad y escapar a las situaciones angustiosas de la vida”.

Entre las diferentes causas que inducen a los adolescentes al consumo de sustancias tóxicas encontramos a la curiosidad. Dicha causa es una motivación a corto plazo, pudiendo convertirse en un factor inicial que exponga a los sujetos vulnerables a efectos que ocuparán otras necesidades motivacionales.

Por otro lado tenemos la búsqueda de un supuesto placer, esta motivación es donde el sujeto tiene como fin el de sentir placer y distracción. Es decir, que los adolescentes consumen drogas por el simple hecho de “divertirse”, para evitar el aburrimiento.

En nuestra sociedad mexicana se experimentan una serie de grandes problemas, éstos debido tal vez al crecimiento de la población y a factores relacionados que influyen en el consumo de sustancias tóxicas. Los avances tecnológicos también han traído como consecuencia lugar a más tiempo de ocio por lo que se ha llegado a una aparente pérdida de actividad significativa y por consiguiente un desinterés total que rodea al individuo, por lo que muchos adolescentes desean la excitación de una “elevación inmediata”.

Walizer, (1975 citado en Hernández, C. 1994) dice que existen otros factores que pueden provocar conductas hacia el consumo de sustancias tóxicas, como la motivación para el consumo, el grado de preocupación por las drogas, la integración a la vida social y el grado de desajuste provocado por el consumo de sustancias tóxicas.

Así como los factores sociales de desorganización son determinantes del problema, también existen otros de índole psicológica y de comportamiento que están en relación directa con el consumo de drogas. Estos factores son:

- 1) La posibilidad, mediante el uso de drogas, de una adaptación química a un mundo de tensiones externas e internas insoportables; en este caso, la predisposición a la droga se relaciona con el valor "adaptativo" de su consumo;
- 2) La búsqueda de un supuesto placer como síndrome de nuestra época;
- 3) La falta de afecto en el individuo abandonado a sus propias fuerzas;
- 4) Los cambios emocionales en la adolescencia;
- 5) La vinculación inoperante entre los jóvenes con los padres y la familia;
- 6) La ansiedad, la angustia, las frustraciones y fracasos del sujeto;
- 7) La incapacidad adaptativa y la crisis de valores;
- 8) La necesidad del individuo de liberación y autenticidad; y,
- 9) La convicción entre los jóvenes de que las posibilidades de muerte y enfermedad son para los viejos.

La población de más riesgo para el inicio a las drogas son los adolescentes. El mismo periodo que atraviesan, que viven, los incita a curiosear desde una actitud normal en su vida. Las drogas ocupan y son parte de su realidad, por lo que son objeto de esa curiosidad.

Vivimos en un mundo lleno de presiones y ansiedades por lo que el uso de químicos les ofrece una supuesta solución. El utilizar una droga les causa una salida social, la forma por medio de la cual mejorarán sentimientos dolorosos, una forma de fortalecer la confianza y lo más importante, les otorga una identidad instantánea. Por lo que los adolescentes miden quienes son por medio de las sustancias que utilicen, y claro está, de la personalidad que asumen bajo los efectos de dichas sustancias tóxicas.

El objetivo principal del desarrollo del adolescente es el de elaborar una identidad. El intoxicarse ofrece a la gente joven un grupo de congéneres inmediato, una forma de encajar. La presión de los amigos juega un rol importante en el abuso que los adolescentes hacen de las sustancias tóxicas. Los muchachos son altamente influenciados por lo que están haciendo sus congéneres.

Podemos decir que hay ciertas condiciones sociales ideales para el incremento de la farmacodependencia. Por ejemplo las comunidades opulentas en las que pareciera que las situaciones favorables en el orden económico fomentarian el desarrollo integral del individuo, son en realidad en las que los motivos de conflicto se recrudecen más. Pero también las condiciones de carencia en todos los órdenes (principalmente en el económico) fomentan el consumo. Se ha observado, asimismo, que la drogadicción es un fenómeno típicamente urbano y de comunidades sobrepobladas, lo que permite inferir que las presiones propias de las grandes ciudades tienen una ascendencia importante en la producción de la farmacodependencia, así como de otros fenómenos antisociales.

Un hecho que resulta interesante recalcar es que el uso y abuso de drogas se dan principalmente en los grandes campos universitarios lo que, por otra parte, tiene su explicación lógica, pues siendo la farmacodependencia un "problema social" y las universidades un punto de confluencia, es en ellos en donde el joven cobra conciencia de una manera más clara y vivencial de los fenómenos psíquicos, sociales, culturales y económicos del momento. Además, es obvio que en las universidades se forman los agentes de cambio, positivos o negativos necesarios en una situación determinada. (Casillas, 1985).

No cabe duda que el problema de la drogadicción es verdaderamente un drama, pues donde produce violencia, robos, arrestos y muerte por sobredosis, entre otras cosas. Este abuso de drogas suele originarse en la etapa de la adolescencia, ya que está vinculado con el proceso normal aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con gente ajena a la familia y el abandono del hogar.

CAPÍTULO 4

PROGRAMAS EMPLEADOS PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABAQUÍCO

4.1. Programas Terapéuticos:

Conscientes de la dificultad que representa el hábito de fumar, diversos especialistas han generado propuestas de tratamientos intensivos para la reducción del uso del tabaco, sin dejar de lado los aspectos humanos como la comprensión hacia el fumador.

Se han escrito diversos métodos para ayudar al abandono del cigarrillo, aunque la efectividad de estos métodos varía en su impacto sobre la salud pública. Sobre el particular, Schwartz (1991) señala que entre los fumadores que desean dejar de fumar el método más usado es el individual, con buenos resultados en el 80 al 90% de los casos, y que sólo un 10% requiere programas estructurados.

4.1.1. Método Individual: Es un programa de asesoría impartido por el médico general y otros especialistas, donde el consejo del facultativo y la asistencia médica juegan un papel preponderante como labores de apoyo para reforzar esa decisión, motivando además a los fumadores que nunca han tenido el propósito del abandono.

En Estados Unidos se estima que el 79% de los fumadores de cigarrillo acuden a consulta médica cada año lo que implica que tuvieron contacto directo con médicos cuya opinión puede tener un gran impacto sobre la disminución del consumo de tabaco. Se considera que a través del consejo médico, es posible convencer por lo menos al 5% de los individuos para que dejen de fumar lo que representa aproximadamente 2 millones de exfumadores en ese país. (Coults, D. 1991).

El médico constituye un elemento fundamental en la consulta de un hospital general, como en el primer nivel de atención para implementar un programa destinado a lograr el abandono del hábito de fumar que impacte a la población y obtenga un beneficio potencial de salud pública, que disminuya la morbilidad y la mortalidad vinculadas con el consumo de tabaco.

El proyecto realizado por Cohen (1987), de la Escuela de Medicina de la Universidad de Indiana, tiene por objetivo que los médicos especialistas y generales promuevan en forma rutinaria el abandono del consumo de tabaco entre sus pacientes a partir de un interrogatorio sencillo, con preguntas intencionadas como "¿Ha pensado en dejar de fumar?". Además, el facultativo debe decir al paciente: "Como su médico, soy el responsable de su salud, y sé que usted resultará beneficiado si deja de fumar. Me gustaría ayudarlo si es que realmente desea abandonar el tabaquismo". También es importante acordar una fecha para dejar de fumar, insistiendo: "Su desea realmente dejar de fumar, por qué no elige una fecha en el lapso de un mes o menos, después del cual tratará de no fumar más". Finalmente, el profesional debe indicar al paciente que verifique su progreso cada vez que tenga una cita con él. Los objetivos fundamentales de la técnica de Cohen (1987), son aconsejar a los pacientes sobre la conveniencia de dejar de fumar, e incrementar el número de los que abandonan la adicción de fumar definitivamente.

4.2. Programas de Autoayuda y Asesoría Mínima:

4.2.1. Trabajadores de la Salud: Estos programas incluyen las siguientes actividades: Orientar, difundir, informar, concretar y dar respuesta a diferentes temas de salud relacionados con el tabaco, tratando de lograr un buen contacto con la población que asiste a los servicios médicos; la intervención consiste en establecer contacto personal con los fumadores a través de estudios socioeconómicos para asesorarlos adecuadamente en el abandono de su hábito.

Asimismo, se levantan encuestas para conocer los aspectos ligados al tabaquismo en el área de trabajo de los fumadores, las cuales permiten valorar la importancia del hábito de fumar en un determinado núcleo de personas y desarrollar un programa de pláticas simplificadas. La referencia de los casos problemáticos a las clínicas de tabaquismo es una acción importante que contribuye a la solución de los mismos.

Los temas que abarca este programa se abordan con el apoyo de rotafolios, folletos explicativos, trípticos sobre tópicos específicos, teatro guiñol, periódicos murales y videos informativos.

4.2.2. Métodos Estructurados: Estos modelos de intervención requieren de un grupo multidisciplinario de especialistas calificados (neumólogos, cardiólogos, oncólogos enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos), entrenados para el manejo de adicciones en una clínica de tabaquismo. Cabe destacar que los citados programas tienen un costo elevado. Los modelos de intervención más utilizados son:

4.2.2.1 Programa de Educación para la Salud: Tiene como objetivo fundamental informar al sujeto en forma clara y precisa sobre el daño que esta adicción puede provocar en su salud. Además de los temas médicos tradicionales, recientemente se han incorporado a este programa datos que ilustran los diferentes mecanismos de aprendizaje que llevan a una persona a consumir tabaco, como las situaciones de estrés y depresión que frecuentemente propician el tabaquismo, y el papel de los medios de comunicación colectiva que transmiten mensajes en favor del consumo de cigarrillos, atribuyéndole falsamente la obtención de una serie de situaciones satisfactorias. (Koop, 1992)

4.2.2.2. Psicoterapia Conductual: Aquí los fumadores aprenden a analizar las características de su adicción, con el fin de identificar con precisión los elementos condicionantes que lo provocan y sustentan. Se enseñan además métodos de autorregistro y autocontrol para que el paciente anote la cantidad de cigarrillos que fuma al día, las situaciones en que lo hace y cómo se siente cuando fuma. Asimismo, se imparten técnicas de relajación para manejar los estados de tensión o estrés en forma adecuada, ya que éstos estimulan frecuentemente el hábito. (Organización Mundial de la Salud, 1990)

4.2.2.3. Reestructuración Cognoscitiva: Mediante esta técnica, se pretende evitar y desalojar la integración del hábito de fumar del esquema mental y de la rutina diaria del sujeto. Para algunos individuos, dejar de consumir tabaco implica una sensación de pérdida de placer que da lugar a conflictos y malestar, lo que explica la alta tasa de reincidencia entre los fumadores que experimentan estos efectos. Las técnicas cognoscitivas incluyen ejercicios en los que el paciente describe su problema (enfermedad/tabaquismo), la historia del mismo, el grado de complejidad que requiere su modificación y la evocación de condiciones

afirmativas para su solución. Otras técnicas utilizadas son el diálogo mayéutico, la memorización guiada y el ensayo y desarrollo de roles. Todos estos ejercicios se llevan a cabo mediante dinámicas de grupo. (Puente, F.; González, E.,1988).

4.2.2.4. Sustitutos con Nicotina en Tableta Masticable y Parche Transdérmico: Esta terapia de reemplazo busca proveer una fuente alterna a la nicotina inhalada para compensar la dependencia farmacológica, sin que se presenten los efectos adversos de la privación que implica el dejar de fumar.

Este método debe efectuarse siempre como parte de un programa integral del comportamiento para el abandono del cigarrillo combinándolo con el consejo médico e intervenciones psicológicas a través de técnicas de reestructuración cognoscitiva, con el objeto de aumentar la posibilidad de éxito y contrarrestar las recaídas. Se emplea la tableta masticable de nicotina combinada con una resina iónica de intercambio, para permitir la liberación lenta del alcaloide cuando se mastica.

El parche transdérmico es una alternativa que suministra una liberación sistémica de nicotina después de su aplicación en la piel, en un receptáculo redondo con una matriz de gel que contiene 10, 20 ó 30 mg de nicotina.

Ambos métodos se utilizan como reemplazo para evitar los efectos indeseables de la ausencia de nicotina en el Sistema Nervioso Central (SNC) en individuos adictos a la nicotina, y lograr a largo plazo la abstinencia total. (Cohen, C. 1991).

Es importante recordar que puede definirse a un individuo como dependiente cuando ha consumido tabaco continuamente por lo menos durante un mes; ha hecho varios intentos por dejar o reducir la cantidad de cigarrillos fumados sin éxito (recaídas) y que, al tratar de dejar de fumar desarrolla síntomas de abstinencia y continúa fumando a pesar de los padecimientos físicos serios que presenta (enfermedades respiratorias y cardiovasculares), aún sabiendo que se exacerban con el uso del tabaco.

4.3. Otros Métodos Auxiliares:

4.3.1. Hipnosis: Los reportes sobre la efectividad de la hipnosis como método curativo para dejar de fumar son contradictorios. La hipnosis únicamente puede funcionar si los fumadores así lo quieren, pues su atracción reside en que tienen gran validez en la gente que cree en el método, le resulta familiar el término y le gusta la idea; el problema radica en que el consumidor de cigarrillos pueda pagar el costo de este tratamiento. Las tasas de reincidencia en individuos con alto perfil de inducción hipnótica son muy bajas. (Holyrod J. 1980).

4.3.2. Acupuntura: Se ha incrementado su uso en los últimos años como método de ayuda a fumadores para el abandono del hábito, pero no existen reportes de seguimiento adecuados. Las técnicas empleadas son nasopuntura y auriculopuntura, que ocasionalmente pueden ser muy dolorosas. Los resultados sólo han sido juzgados de acuerdo a la reducción inmediata del hábito sin evaluación de recaídas, por lo cual su validez es dudosa. (Gillams, J. 1984).

No existe evidencia de que la acupuntura elimine el síndrome de abstinencia al dejar de fumar. Probablemente este método actúa, como un procedimiento placebo para ayudar al fumador a dejar los componentes adictivos del tabaco, por lo que los aspectos psicológicos del fumador deben ser también manejados apropiadamente. Estos dos métodos deben ser tomados como auxiliares de motivación para el abandono y obtener reforzadores para el éxito de la abstinencia.

4.4. Tipos de Terapias:

Dentro de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México (HGM), de la Secretaría de Salud (SSA); se emplean dos tipos de terapia dependiendo de la evaluación psicológica previa y la personalidad del fumador.

4.4.1. Individual: El terapeuta en coordinación con el individuo lleva a cabo sesiones durante un tiempo determinado y en días fijos. Se incluyen pacientes con problemas psiquiátricos, con otras farmacodependencias o personalidad conflictiva cuya característica común es el tabaquismo crónico.

4.4.2. Grupal: Se integran grupos de 6 a 12 pacientes con 8 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana inicialmente, y 6 reuniones de seguimiento a los 8, 15 y 30 días, y a los 2, 4 y 6 meses. Una vez concluida la terapia, se forma un grupo de ex-fumadores como reforzadores a largo plazo.

4.5. Educación:

4.5.1. Actividades antitabáquicas en escuelas primarias, secundarias y universidades: Existen contenidos educativos sobre el problema del tabaquismo para ser incluidos en los libros de texto de educación primaria, así como en los libros de educación para adultos.

Se imparten pláticas sobre tabaquismo y salud a los alumnos en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria. La Secretaría de Educación Pública (1989), instrumentó unidades de aprendizaje en escuelas primarias, e impartió programas de educación para la salud con este tópico, dirigidas a preescolares, padres de familia, y brigadas infantiles.

Así mismo, se promueven eventos deportivos y culturales, con la participación de escolares de niveles medio y medio superior para reforzar el cambio de actitudes con respecto al tabaquismo.

La Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Politécnico Nacional y universidades privadas, incluyeron en la currícula de la licenciatura en medicina, psicología y trabajo social, los contenidos temáticos sobre los efectos biopsicosociales del tabaquismo.

4.5.2. Actividades Antitabáquicas Educativas Dirigidas a la Población en General: Consiste en la distribución de carteles, calcomanías y periódicos murales, en unidades de atención médica y de transporte colectivo con el objetivo de enfatizar la importancia de respetar el derecho de los no fumadores a defenderse de los efectos del tabaco.

También en la difusión de contenidos educativos contra el tabaquismo dirigidos a la población en general con la colaboración de radio y televisión. Para ello se participa en programas en los cuales en forma de entrevistas se informa al público sobre los daños a la salud producidos por esta hábito y sobre el funcionamiento de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Informes con contenidos similares con publicados en periódicos y revistas de circulación nacional. (Revista INER, Nov.1989-Feb. 1990).

4.6. El Día Mundial Sin Tabaco

Entre las acciones que la OMS ha emprendido para desalentar el consumo de tabaco, una de las más importantes es la celebración, el 31 de mayo de cada año, del Día Mundial sin Tabaco. Las actividades de conmemoración de este día son coordinadas por la OMS, en cumplimiento del mandato de la Asamblea Mundial de la Salud, que el 7 de abril de 1988, fecha del XL aniversario de la OMS, estableció el primer Día Mundial sin Tabaco con los objetivos siguientes:

- Animar a los consumidores de tabaco (personas que fuman o mastican) para que se abstengan voluntariamente de consumirlo durante el día, como primera medida para restringir o abandonar el hábito.
- Pedir a los comerciantes que, en interés del bien común, se abstengan voluntariamente de vender toda clase de productos de tabaco durante un día.
- Solicitar a los periódicos, particularmente a los de los países en desarrollo, no aceptar anuncios de tabaco durante un día, para el beneficio público.

Lo que se buscaba en ese momento era estimular y convencer a los consumidores de tabaco para que abandonaran el hábito. Los instrumentos más importantes que desde entonces se utilizaron fueron informar y educar a la población.

En principio, este día estaba dedicado únicamente a los consumidores de tabaco, como una primera incitación para romper con el hábito. Sin embargo, debido a las repercusiones alcanzadas, sus objetivos se ampliaron posteriormente, así como al público al que estaba dirigido. En la actualidad, se busca alentar a los gobiernos, las comunidades, los grupos de población y los individuos para que tomen conciencia del problema y adopten las medidas pertinentes para disminuir este consumo. Los días mundiales se han convertido en verdaderas convocatorias para la acción en diferentes ámbitos. Durante su celebración se difunde copiosa información, se dan pautas para múltiples actividades operativas, científicas y de investigación convirtiéndose de esta manera en poderosos instrumentos de promoción.

Para cumplir con su propósito se selecciona un tema central al que se dedicará el Día, mismo que varía cada año. En las últimas celebraciones y en la próxima, los temas seleccionados son los siguientes:

1992: Lugares de trabajo libres de tabaco.

1993: Servicios de Salud, incluyendo personal de salud, contra el tabaco.

1994: Los medios de comunicación contra el tabaco.

1995: La economía del tabaco.

1996: Los deportes y las artes sin tabaco.

1997: Las Naciones Unidas y las agencias especializadas contra el tabaco. (Who. Geneva, 1992).

Estos temas escogidos se popularizan mediante la selección de un tema es el slogan utilizado para ello.

Con el fin de coordinar las actividades del Día Mundial Sin Tabaco, la OMS publica seis meses antes, los primeros contenidos sobre el tema del año en su boletín *Tabacco Alert*, impreso en inglés y francés y traducido

al español, chino y ruso. Tres meses antes de la conmemoración se publica una serie de artículos complementarios y otros materiales que servirán para la movilización de ese día. El tiraje de esta publicación es de más de 10 mil ejemplares, y se distribuye en unos 168 países miembros de la OMS. (Who. Geneva, 1992).

Cada año los días mundiales contra el tabaco se difunden y son conocidos por una mayor cantidad de gente, gracias a la acción coordinada de autoridades nacionales, programas de control, medios de comunicación, Organismos No Gubernamentales, voluntarios, y toda clase de medios utilizados para difundir los contenidos del Día.

En los países y entre los Estados la celebración del Día Mundial ha sido objeto de convocatorias para diferentes actividades. De las más conocidas son los concursos nacionales e internacionales para la elaboración de carteles o materiales didácticos. A través de estos recursos, que en México son coordinados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se ha logrado la elaboración de afiches de alto nivel artístico y con gran difusión nacional.

4.6.1. Evaluaciones De Los Días Mundiales sin Tabaco: Luego de ocho años de haberse institucionalizado el Día Mundial Sin Tabaco, es imperante la necesidad de evaluar sus efectos e impactos, por lo que ya se piensa en la utilización de indicadores directos e inmediatos que permitan medirlos con facilidad y sensibilidad. Sin embargo, es muy probable que sus resultados, enmarcados en un proceso a mediano plazo, sean evaluados en un lapso también mediano por medio de indicadores pertinentes, como las medidas legislativas que se van dictando para reducir el consumo de tabaco en lugares y medios de transporte público, el número de personas que dejaron de fumar en el Día o después del Día Mundial Sin Tabaco; la cantidad de gente que está protegida contra el tabaquismo pasivo gracias a la influencia de los eventos locales organizados para la celebración del Día, entre otros.

Se tiene evidencia de que muchos decretos y reglamentaciones fueron emitidos durante alguna de las conmemoraciones del Día Mundial Sin Tabaco, lo que demostró el avance en este terreno. Uno de los reportes

de morbilidad y mortalidad semanal del Center Disease Control (1991), consigna en su nota editorial que, desde 1985, el número de naciones que aprobaron las leyes restrictivas sobre fumar en lugares públicos aumentó considerablemente.

Información de la OMS citada en dicho documento, indica que más de la mitad de los países del mundo cuentan con leyes para controlar el uso de tabaco en lugares públicos; 33% tienen regulación para protección en establecimientos como teatros, cines etcétera; en 40% de las naciones los servicios de salud están protegidos; 33% de ellos tienen legislación que involucra escuelas, universidades y otorgan otras facilidades gubernamentales, y 20 de cada 100 poseen políticas sobre fumar en los lugares de trabajo. Adicionalmente, en 30 países los vuelos en toda o en la mayor parte de las rutas domésticas son libres de humo, y en más de 70 naciones los autobuses o trenes están libres de tabaco o cuentan con áreas libres de éste.

En América, 19 países prohíben fumar en lugares públicos; 7 países lo restringen en los lugares de trabajo y 13 en los establecimientos de salud. Puede afirmarse que gracias a las acciones desplegadas a partir de las conmemoraciones del Día Mundial Sin Tabaco, se está contribuyendo en forma considerable a que los programas nacionales logren su objetivo de producir cambios en algunos modelos o estereotipos. Cada vez es más considerada como positiva la imagen del no fumador, y por el contrario, la aceptación social de los fumadores disminuye paulatinamente. Muchos de los éxitos en la reducción del consumo deben un aporte sustancial al papel desempeñado por los medios de comunicación. (Who. Geneva, 1994).

4.7. Clínica de Tabaquismo:

El programa terapéutico que se desarrolla en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ha sido producto de un arduo trabajo de diez años.

Además de acciones de prevención, enseñanza, e investigación, una de las principales funciones de la Clínica es la función asistencial, con el objeto de apoyar a los fumadores severos crónicos a abandonar el hábito tabáquico.

El programa de tratamiento consta de diez sesiones, dos veces por semana, de 90 minutos de duración cada una. Se integran grupos de ocho a diez personas por grupo. Para que un fumador pueda ingresar al programa es requisito indispensable que esté realmente convencido de que desea abandonar el hábito tabáquico.

El programa de atención integral consta de tres áreas: la médica, la psicológica y la de rehabilitación respiratoria integral.

En el área médica se efectúa una evaluación inicial para conocer los daños a la salud producidos por el tabaco. Además, se realizan estudios de laboratorio, como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, de gabinete como radiografías anteroposterior y lateral del tórax, ECG, pruebas de función respiratoria y citología de expectoración. En el área psicológica se aplican los cuestionarios de Fagerstrom y el de Motivos de Fumar de Russell, para conocer los componentes de la dependencia a la nicotina y la dependencia psicológica de cada fumador.

El programa de tratamiento, además de incluir lo señalado anteriormente, se conjunta por medio de dinámicas grupales con técnicas cognoscitivo-conductuales, técnicas de relajación para el control de estrés, ejercicios respiratorios y de acondicionamiento físico, y con un programa de alimentación con dietas de reducción y mantenimiento.

Una técnica importante en la que es necesario hacer hincapié en este programa es la suspensión abrupta del hábito tabáquico (se desaconseja la suspensión gradual), la cual se apoya con chicles de nicotina en los individuos adictos.

Un apoyo también fundamental para el éxito del programa lo constituye el seguimiento, que se efectúa por vía telefónica, además, el programa cuenta con el Club de Ex-fumadores, donde los ex-fumadores se reúnen una vez al mes, al término de su programa, brindándose mutuamente apoyo psicológico e intercambio de ideas para mantenerse sin fumar. (INER, 1994)

CAPÍTULO 5

MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Uno de los aspectos más descuidados en el manejo integral de los alcohólicos es el que se refiere a su tratamiento etiológico. La mayor parte de los médicos e instituciones se limitan a tratar las complicaciones del alcoholismo, pero pocas veces ofrecen alternativas de solución para el problema primario.

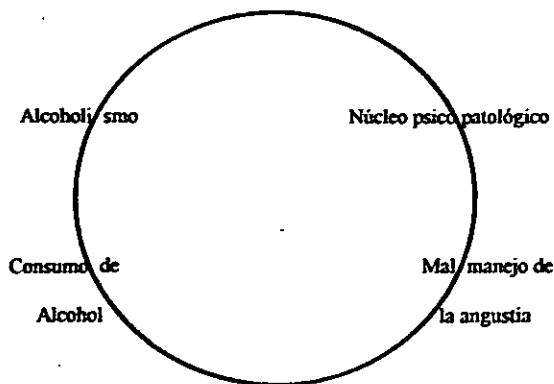
Aunque las causas del alcoholismo aún no están bien esclarecidas, en general se está de acuerdo en la concurrencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en su etiopatogénesis. El tratamiento psicoterapéutico para los alcohólicos radica fundamentalmente en el manejo de los elementos psicológicos que concurren en esta etiología multicausal.

5.1. Psicopatología Del Alcoholismo:

En la actualidad se acepta universalmente el concepto de que toda persona farmacodependiente (es decir, que ha desarrollado adicción a un determinado fármaco), posee alguna psicopatología asociada. Por supuesto, el alcoholismo no es una excepción.

De acuerdo con los estudios clínicos y las investigaciones psicológicas que se han realizado al respecto, esta psicopatología no es ni la causa ni el efecto de la farmacodependencia, sino que uno u otro fenómeno se retroalimentan mutuamente y dan lugar a un círculo muy difícil de romper.

La mayoría de los alcohólicos empiezan a beber porque no manejan adecuadamente la angustia desencadenada por diversos cuadros psicopatológicos; los más frecuentes son los trastornos de personalidad, las neurosis, los conflictos situacionales de la adolescencia y de la vida adulta y, con menor frecuencia, algunos síndromes orgánicos cerebrales y psicosis. Estos pacientes presentan con regular frecuencia incapacidad para manejar la angustia que generan los problemas cotidianos o las situaciones de emergencia.



El círculo vicioso del alcohólico. (Elizondo, 1982)

Puesto que estas personas se desenvuelven en una sociedad como la muestra -medio que propicia el consumo de bebidas alcohólicas- descubren que el alcohol constituye un formidable medio para aliviar la angustia o evadir una realidad desagradable o inaceptable que genera constantemente tensión. A través de este recurso pretenden solucionar conflictos psicológicos, pero sólo logran que éstos se agraven; por los mismo, cada vez ingieren más alcohol y desarrollan una dependencia física, además de la psíquica, problema que se retroalimentan continuamente.

El propósito del tratamiento psicoterapéutico del alcohólico consiste en romper este círculo vicioso; para lograrlo, es necesario atender simultáneamente el problema de adicción y los conflictos psicopatológicos asociados a éste. (Elizondo, 1982).

5.2. Teorías Psicodinámicas del Alcoholismo

Aunque está demostrado que los factores psicodinámicos no constituyen por sí mismos la causa del alcoholismo, es indudable que influyen en forma importante en el desencadenamiento, desarrollo y persistencia de la enfermedad. Por desgracia, la mayor parte de las hipótesis psicoanalíticas no se han comprobado científicamente; además, la mayoría de las evaluaciones psicológicas se han realizado después de largos periodos de ingestión de alcohol, por lo que es difícil analizar los resultados. Al igual que cualquier enfermedad

que tenga componentes emocionales importantes, la psicodinamia asociada con esta condición es muy compleja y no puede categorizarse nítidamente.

Según Freud, el alcoholismo es la consecuencia de intensas influencias orales durante la infancia. También afirmaba que el alcohol altera los estados de ánimo y los procesos del pensamiento, lo cual permite que surjan ideas regresivas y que se obtenga gratificación de pensamientos sin relación con la lógica; por lo tanto, el alcohol proporciona una huida de la realidad. (Conger, 1956).

Knigh (1926, en Velasco, 1988) opina que las pautas repetitivas de gratificación oral que el niño recibe de una madre indulgente y sobreprotectora, provoca que aquél no desarrolle un autocontrol adecuado de sus necesidades y que reaccione con rabia cuando se siente frustrado. Esto provoca un conflicto emocional que da lugar a una respuesta impulsiva de rabia y culpabilidad ante la frustración, la cual necesita de una reparación masoquista que se obtiene de los efectos farmacológicos del alcohol.

Menninger (1983) considera que el alcoholismo es una forma de suicidio crónico y que el impulso autodestructivo es el núcleo psicológico fundamental en el desarrollo del alcoholismo.

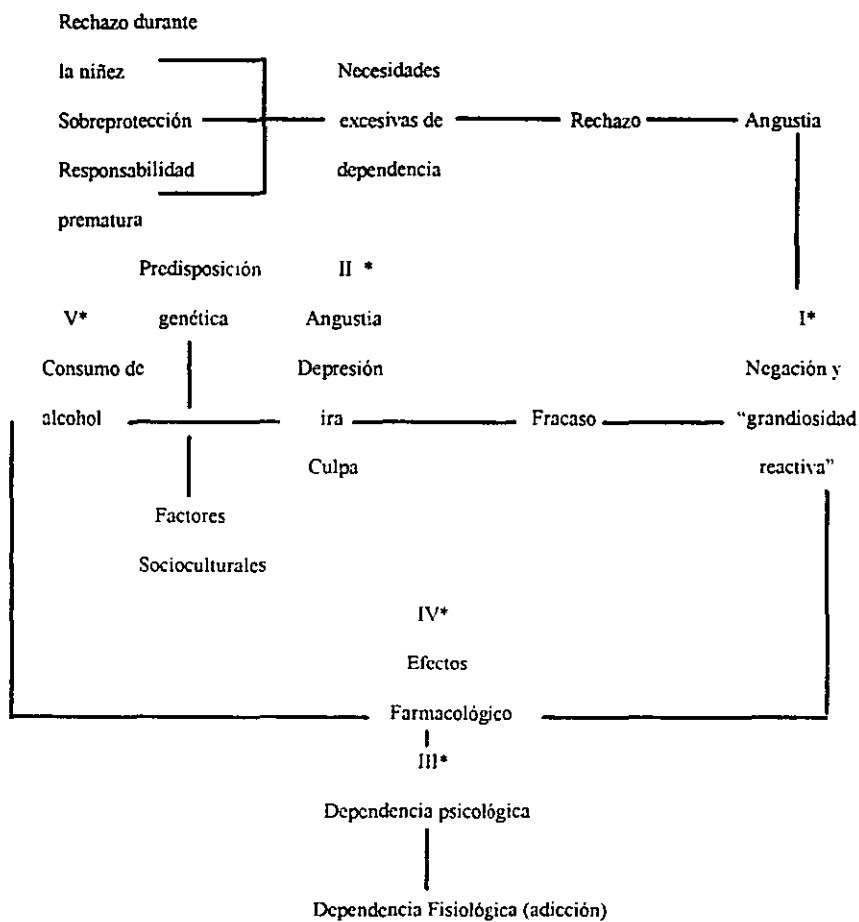
Adler (1956, citado en Velasco, 1988) atribuye la psicogénesis del alcoholismo a intensos sentimientos de inferioridad que se relaciona con la inseguridad y con una tendencia a evadir las responsabilidades. En cambio, Schluder (Velasco, 1988) afirma que lo fundamental es la inseguridad que se genera en los alcohólicos por el ridículo, las amenazas, los castigos corporales y la degradación de que son víctimas durante la infancia por parte de sus padres. El beber alcohol les produce sentimientos de seguridad y aceptabilidad social. Cuando desaparece esta condición afectiva reaparecen los sentimientos originales de inseguridad, los cuales dan lugar nuevamente a la necesidad psicológica de beber.

Blume (1966, citado en Elizondo, 1977) afirma que los conceptos psicoanalíticos pueden ayudar a entender la psicodinámica del alcoholismo. Al parecer, la fijación oral es la principal influencia en el desarrollo del

alcoholismo. Esta fijación responde a características infantiles y de dependencia como el narcisismo, la conducta demandante, la pasividad y la dependencia que ocurren como consecuencia de la privación durante la primera infancia. Algunas evidencias apoyan el concepto de que los alcohólicos sufrieron el rechazo de uno de o de ambos padres durante su infancia y que las necesidades de dependencia son uno de los factores psicológicos más importantes que intervienen en el alcoholismo. Otros factores de desarrollo que contribuyen a un conflicto de dependencia son la sobreprotección y el forzar prematuramente las responsabilidades del niño. (Zimberg, 1978).

Zimberg. (1978), propone que el factor psicológico esencial en el desarrollo del alcoholismo es una constelación psicodinámica, es decir, un problema común entre los alcohólicos pero que no da lugar a una personalidad común. El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos de inutilidad e inadaptación, sentimientos que se niegan y reprimen; esto genera la necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados (necesidades de dependencia). Cuando estas necesidades de dependencia no se satisfacen, generan angustia y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol mitiga la angustia y, lo más importante, crea sentimientos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Cuando el alcohólico despierta después de un episodio de ingesta, experimenta culpa y desesperación debido a que sus problemas permanecen igual. Por lo tanto, sus sentimientos de inferioridad se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, frecuentemente con una espiral descendente progresiva.

El alcohol induce una falsa sensación de poder y control que no puede lograrse en la realidad. A esta intensa necesidad de grandeza se le llama "grandiosidad reactiva".



Paradigma de la psicodinamia del alcohólico. (Zimberg, 1978)

5.3. Objetivos de la Psicoterapia para los Alcohólicos

Los dos propósitos fundamentales de la psicoterapia para las personas que padecen el síndrome de dependencia del alcohol son:

- Mantener permanentemente la abstinencia (aprender a vivir sin beber).

- Lograr un funcionamiento psicosocial óptimo, es decir, aprender a manejar adecuadamente la angustia a través de la superación de sus causas psicopatológicas.

5.3.1. **La abstinencia como meta:** Aún persiste la polémica acerca de si el alcohólico debe aprender a vivir sin beber o si sólo debe controlar su manera de hacerlo. Los partidarios de la segunda opinión confunden frecuentemente al bebedor excesivo con el alcohólico. Los bebedores excesivos, aunque indudablemente constituyen un problema sanitario, pueden considerarse como "prealcohólicos" porque aún no desarrollan un síndrome de dependencia y todavía pueden aprender a beber con moderación.

En cambio, una vez que el individuo desarrolla el síndrome de dependencia del alcohol (que se identifica clínicamente por la presencia de la tolerancia y del síndrome de abstinencia), parece ser que se verifican ciertos cambios neurobioquímicos que determinan la irreversibilidad del síndrome. Uno de los expertos de la Organización Mundial de la Salud que más se ha dedicado a integrar un concepto multidisciplinario del alcoholismo es Edwards (1976), quien en su descripción clínica del síndrome de dependencia del alcohol menciona diez síntomas fundamentales; el último de ellos es la reproducción del síndrome de dependencia una vez que el individuo vuelve a beber.

El primer paso importante al iniciar un programa psicoterapéutico para las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, consiste en establecer un diagnóstico; es muy importante diferenciar a un bebedor excesivo, ocasional o habitual, pero que aún no desarrolla un síndrome de dependencia de un verdadero alcohólico, debido a que su manejo es completamente distinto. Una vez que se diagnostica el síndrome de dependencia, el siguiente paso consiste en lograr que el paciente conozca, identifique y acepte su enfermedad.

El gran problema que enfrenta quienquiera que conduzca una psicoterapia de rehabilitación, es que el paciente niega su enfermedad, además de que, por la naturaleza adictiva del problema, la sigue padeciendo. Por eso los médicos muchas veces se enteran de que un paciente tiene problemas de consumo de alcohol hasta que tratan alguna de las complicaciones asociadas, por ejemplo, la gastritis erosiva o el delirium tremens o cuando

algún familiar de alcohólico acude al hospital o al consultorio para solicitar ayuda. Rara vez es el alcohólico quien acude a un médico para resolver su problema de adicción.

La estrategia psicoterapéutica en esta fase consiste en eliminar los mecanismos de defensa psicológicos que el paciente esgrime para no aceptar su enfermedad; entre los que utilizan comúnmente los alcohólicos se encuentran la negación de la realidad y la proyección. La negación es un mecanismo de defensa intrapsíquico a través del cual el paciente descarta - al negar inconscientemente su existencia- los pensamientos, hechos, deseos y actos que conscientemente son intolerables, es decir, por medio de un mecanismo protector de no percepción. El alcohólico no ve la realidad de su enfermedad o la trasforma de manera que no le sea desagradable o dolorosa. En psiquiatría, el término "negación" no implica un esfuerzo consciente de repudiar o descartar, como en el caso de la mentira.

La racionalización es uno de los mecanismos de defensa más comunes, sirve para mantener el autorrespeto y evitar los sentimientos de culpa; es un mecanismo de autoadaptación mediante el cual el paciente responde a motivos no reconocidos y después ofrece diversas "razones" para explicarla. El alcohólico prefiere creer que su conducta es el resultado de una deliberación cuidadosa, de un juicio imparcial y de una percepción total de los motivos que la provocan. En realidad, su conducta es consecuencia de motivos no percibidos que tienden a justificarla.

La proyección constituye una defensa contra la angustia mediante la cual se exterioriza y atribuye a otros los rasgos de carácter, las actitudes, motivos y deseos que el propio individuo rechaza y censura. Por medio de la proyección, el alcohólico atribuye a otros sus propias intenciones autodestructivas; logra así que encuentren salida las tendencias que repudia. Al censurar los deseos o tendencias vergonzosas hacia el mundo exterior y declararse inocente y aun víctima, logra aliviar los sentimientos de culpa que lo angustian; también se siente menos culpable si logra que alguien más se sienta culpable. Como una defensa más contra la angustia, el individuo reacciona con hostilidad y agresión hacia el objeto externo que es el foco de la proyección; señala a otros como responsables de su propias dificultades. A veces se verifica un efecto depresivo, aunque la angustia

haya sido aliviada por una proyección defensiva. Este sentimiento de culpa genera que el alcohólico se autocastigue. (Noyes, 1968).

El paciente utiliza estos mecanismos defensivos para protegerse de la intensa angustia que le genera el saber que es alcohólico, que se ha convertido en un adicto a las bebidas alcohólicas y la carga emocional y de estigma social que ello representa. Sin embargo, el hecho de que alcohólico se angustie constituye la única posibilidad de que acepte su enfermedad y se someta a tratamiento. Por ello, las estrategias psicoterapéuticas durante esta fase del tratamiento son muy confrontativas para el paciente, para derrumbar sus murallas defensivas, dejar que se angustie y provocar una crisis que le permita ver su realidad y asumir una conducta mas responsable respecto de su salud mental. Después de vencer sus mecanismos de defensa, el paciente puede:

- Admitir que padece una enfermedad de naturaleza adictiva.
- Decidirse a dejar de beber.
- Conocer y aplicar los métodos para poder mantenerse sobrio.

Una vez que el paciente admite su problema, deben realizarse actividades de tipo educativo para que conozca la naturaleza de su enfermedad, las características del alcoholismo, los peligros potenciales que existen en caso de que siga bebiendo y las ventajas y satisfacciones que produce el vivir en abstinencia.

Es evidente que no solamente hay que trabajar con el enfermo alcohólico sino también con su familia y las personas que en su trabajo tienen mayor influencia, autoridad y relación con él. No debemos olvidar que el alcoholismo es un problema multifactorial en el que concurren el individuo, la familia, el trabajo y la sociedad y que ningún recurso psicoterapéutico es efectivo si no incluye todos los aspectos que el alcoholismo afecta. Posteriormente se describirán los diferentes tipos de estrategias psicoterapéuticas que se utilizan para este fin.

5.3.2. La segunda meta: lograr un óptimo funcionamiento psicosocial: Una vez que el enfermo se decide a dejar de beber, la siguiente fase de la psicoterapia consiste en rehabilitarlo, es decir, reintegrarlo a sus actividades personales, familiares, laborales y sociales. La meta radica en lograr que todas sus relaciones sean mejores que las que tenía antes de su crisis alcohólica, o sea, que logre un óptimo funcionamiento psicosocial.

En la psicoterapia siempre se insiste en que los pacientes distinguan la sutil diferencia entre dos términos que aparentemente significan lo mismo: abstinencia y sobriedad. La abstinencia se refiere a dejar de beber. En cambio, quien alcanza la sobriedad no solamente puede prescindir del alcohol, sino que logra madurar en todos los aspectos de su personalidad, lo cual le permite manejar su angustia en las situaciones críticas o de emergencia, lograr un mayor control de su vida y, desde luego, mejorar sus relaciones familiares, labores y sociales.

El concepto de "funcionamiento psicosocial" se basa en la teoría funcionalista de Sorbin y Allen (1912), cuyo principio es la noción de los roles, en función de la cual se unen tres sistemas: personal, interpersonal y ambiental. Con base en lo anterior, el funcionamiento psicosocial se define como "el desempeño de roles por parte del individuo en su interacción con otros, su medio ambiente y la carga afectiva que se asocia con éste". En esta definición se unen los tres siguientes mencionados y se agregan dos conceptos: la carga afectiva y el desempeño de roles. El desempeño de roles se refiere a las actividades que el individuo realiza en relación con las condiciones psicosociales de la cultura a la que pertenece. Tales acciones tienen una carga afectiva (generadora de diferentes niveles de angustia), que afectan al sujeto en cuanto al grado de satisfacción con sus roles y el desempeño de los mismos. (Valencia, 1983).

El psicoterapeuta puede evaluar el grado de funcionamiento psicosocial, de acuerdo con las sensaciones del paciente respecto del desempeño de sus roles, en los siguientes cinco niveles:

1. Muy satisfecho.
2. Satisfecho.

3. Indiferente.
4. Insatisfecho.
5. Muy insatisfecho.

Para evaluar estos niveles de funcionamiento psicosocial se toman en cuenta los siguientes aspectos: ocupacional (labores fuera y dentro del hogar, actividades escolares y empleo), social, económico, sexual y familiar.

Es preciso recordar al paciente la importancia de esta segunda meta, porque muchos de ellos se conforman simplemente con mantener la abstinencia. Pero si el paciente no trabajó en los aspectos mencionados, lo que ocurre generalmente es que persisten los núcleos psicopatológicos y al no estar presente el alcohol -que funcionaba como ansiolítico- se intensifica la angustia sin que el paciente pueda manejarla; esto provoca que sigan agravándose muchos problemas de tipo personal, familiar, laboral o social, a pesar de la abstinencia. En otras ocasiones el paciente simplemente cambia de "droga evasora", es decir, sustituye el alcohol por otro fármaco (marihuana, anfetaminas, barbitúricos, cocaína, tranquilizantes, etc.) En algunos casos, el "abstemia neurótico" evade su realidad y la resolución de sus problemas mediante actividades como el trabajo o el consumismo compulsivo, la conducta sexual promiscua, la adicción por la comida, la dependencia de otras drogas "menores" como el café y el tabaco o la compulsión por los juegos de azar.

Los alcohólicos que dejan de beber pero que no logran solucionar sus conflictos y continúan insatisfechos e infelices, desarrollan lo que se denomina "síndrome de la borrachera seca", expresión que se refiere a que su conducta es similar a la que manifestaban cuando tomaban.

También es importante identificar entidades clínicas psiquiátricas (como la depresión que, de acuerdo con las estadísticas, sufren la mayor parte de los alcohólicos), algunos tipos neurosis como la de ansiedad, la obsesivo-compulsiva y la fóbica y algunos cuadros psicóticos, entre los que destaca la psicosis maniaco-depresiva. En

estos casos, es fundamental manejar la situación mórbida aunada al síndrome de dependencia del alcohol para que el paciente logre un mejor funcionamiento psicosocial.

5.4. Estrategias psicoterapéuticas

Las estrategias psicoterapéuticas que se utilizan en el tratamiento de alcoholismo son las siguientes:

1. Psicoterapia de grupo.
2. Psicoterapia individual.
3. Psicodrama.
4. Psicoterapia familiar.
5. Psicoterapia conductual.
6. Recursos psicoterapéuticos auxiliares:
 - Cine-debate terapéutico.
 - Psicoterapia artística.
 - Técnicas de relajación.
 - Conferencias a pacientes y familiares
 - Manejo de la situación laboral
 - Ludoterapia.
7. Grupos de autoayuda.
 - Alcohólicos Anónimos.
 - Alanón.

5.4.1. Psicoterapia de Grupo: La psicoterapia de grupo quizá sea la ideal para los alcohólicos. Como puede apreciarse, la mayoría de las estrategias psicoterapéuticas se desarrollan en grupo. La razón es que la única manera de lograr la primera gran meta del tratamiento, que es la abstinencia, consiste en confrontar al

enfermo ante otros individuos que padecen la misma enfermedad. A mediano plazo, los resultados de esta confrontación son:

1. Romper rápida y efectivamente con los mecanismos de defensa del paciente, pues el efecto de espejo de este tipo de estrategia los orilla a reconocer y aceptar su enfermedad.
2. Este tipo de reuniones grupales permiten que disminuyan la culpa y el autodesprecio, tan frecuentes en los alcohólicos que se sienten rechazados, marginados y despreciados por la sociedad.

La psicoterapia de grupo en el tratamiento de los alcohólicos presenta dos modalidades fundamentales: la psicoterapia de grupo libre, representada por los grupos de autoayuda (que se analizarán más adelante) y la psicoterapia de grupo dirigida.

Los grupos dirigidos reciben esta denominación porque los coordina algún profesional -generalmente psiquiatra o psicólogo- que se encarga de seleccionar a los pacientes, estimular el avance del grupo, sugerir los temas a tratar, interpretar los fenómenos que ocurren en el grupo y evaluar el logro de objetivos para determinar la terminación de la terapia.

Estos grupos están formados por siete personas como mínimo y doce como máximo y pueden ser abiertos o cerrados. En los grupos abiertos -que en la práctica cotidiana son los más comunes- la cantidad de participantes varía (aunque siempre se respeta el número máximo y mínimo) debido a que ingresan nuevos miembros para suplir a los que desertan o concluyen su terapia. En los grupos cerrados participan las mismas personas hasta que termina la terapia; generalmente, son grupos pequeños programados para periodos breves y con objetivos muy precisos.

5.4.2. Psicoterapia Individual: De acuerdo con Stein y Friedman (1971), la psicoterapia individual, en cualquiera de sus modalidades, sólo es útil cuando se asocia a una psicoterapia de grupo. Debido a las características de personalidad de los alcohólicos, es muy difícil alcanzar el primer gran objetivo de la

psicoterapia (la abstinencia) sólo a través de la psicoterapia individual. El paciente alcohólico miente, oculta su sintomatología o, en el mejor de los casos, la minimiza; esto impide que el psicoterapeuta pueda realizar un trabajo objetivo y eficiente. En especial durante la primera fase de la psicoterapia (cuando el objetivo es que el paciente acepte su enfermedad y se decida a dejar el alcohol), la psicoterapia individual por sí sola no tiene prácticamente ninguna efectividad.

Además de los problemas de negación, proyección y racionalización, existe el problema de la transferencia. En la psicoterapia individual, toda la transferencia se concentra en el terapeuta; en cambio, en la psicoterapia de grupo, ésta tiende a diluirse entre todos los integrantes. Cuando la transferencia se centra en el terapeuta, éste reacciona generalmente con una contratransferencia, lo cual si no se maneja adecuadamente, afecta su relación con el paciente. La contratransferencia es el resultado de las actitudes del paciente -quien se resiste comúnmente al tratamiento- y su tendencia a ocultar su sintomatología, a ser hostil, mentiroso y a responsabilizar al terapeuta de los resultados del tratamiento. Cuando el paciente percibe las actitudes de contratransferencia del terapeuta, encuentra una justificación para abandonar la terapia. En cambio, cuando un paciente alcohólico lleva, además de la psicoterapia individual, una psicoterapia de grupo (sea libre o dirigida) sus actitudes son muy diferentes: se muestra receptivo, con una actitud más abierta al cambio, sus respuestas son honestas y acepta que el éxito del tratamiento sólo depende de él.

La psicoterapia individual adquiere una mayor importancia cuando el paciente ya aceptó su enfermedad y está dispuesto a dejar de beber. En este momento, el propósito más importante es que el paciente supere sus núcleos psicopatológicos a través de la maduración de su personalidad y que logre un óptimo funcionamiento psicosocial. Muchos pacientes que llevan una psicoterapia individual se interesan por someterse a un psicoanálisis, en estos casos, generalmente tienen éxito. Sin embargo, aun durante esta segunda fase, el paciente debe continuar con alguna modalidad de tratamiento en grupo.

5.4.3. Psicodrama: Iniciada por J.L. Moreno, (1982) el fundamento de esta estrategia psicoterapéutica es que la psicoterapia dramática permite una mayor profundidad y amplitud de conocimiento de la que puede obtenerse a través de los medios verbales.

Esta terapia es particularmente útil al inicio del tratamiento, cuando los pacientes aún no superan sus mecanismos de defensa. Existen algunos casos de pacientes particularmente reacios y resistentes en la psicoterapia de grupo, que con una sola sesión de psicodrama logran romper su estructura defensiva y cambian totalmente su actitud.

Los mecanismos propios de esta técnica son la catarsis, la abreacción, la asociación libre en la actuación, el desfogue de la hostilidad y las peleas, que ayudan al alcohólico a "descubrir" y aceptar su enfermedad. Su objetivo no sólo es el discernimiento (insight), sino la espontaneidad, la percepción total de respuestas no saludables, una imagen más exacta de la realidad, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia. En el grupo participan el paciente ("protagonista"), el terapeuta ("director") y los demás miembros del grupo ("egos auxiliares" o coterapeutas), que intensifican el impacto de la situación terapéutica.

5.4.4. Psicoterapia familiar: Trabajar con la familia del paciente constituye un elemento básico en el tratamiento integral del alcoholismo; de hecho, no se concibe un tratamiento de rehabilitación para el alcoholismo sin la participación de la familia.

El objetivo primario del tratamiento familiar es lograr un cambio de actitudes de las personas que conviven con el alcohólico. Es muy común que la familia participe de los mitos y prejuicios que, como consecuencia de la ignorancia, la sociedad tiene respecto del alcohol y de los alcohólicos.

Por lo general, al principio los miembros de la familia niegan la presencia del alcoholismo; posteriormente, reaccionan con ira y agresividad, después con preocupación y, finalmente, aceptan el problema. El proceso

psicoterapéutico debe procurar que los familiares superen las tres primeras fases y logren llegar a la última, para que pueda lograrse el objetivo primario.

El objetivo secundario consiste en detectar la psicopatología familiar, integrar una dinámica familiar y someter a las familias sintomáticas (que son muy frecuentes entre los alcohólicos) a una terapia familiar.

Las estrategias que se utilizan son pláticas de orientación, conferencias, películas, dinámicas de grupo entre los familiares de alcohólicos, grupos de esposas, padres o hijos de sujetos alcohólicos, grupos mixtos, sesiones de confrontación conyugal entre el alcohólico y el "coalcólico" (el miembro de la familia más cercano al alcohólico, que tiene una gran influencia sobre él y que, por lo general, convive bajo el mismo techo, por ejemplo, la esposa o la madre), sesiones de confrontación entre el alcohólico y su familia, la psicoterapia familiar propiamente dicha y los grupos de autoayuda como Alanón y Alateen.

5.4.5. Psicoterapia Conductual: Las terapias del comportamiento, basadas en las teorías del aprendizaje, también se han incorporado al tratamiento de los alcohólicos.

El fundamento teórico de la psicoterapia conductual se basa en el hecho de que en el alcoholismo interviene un componente aprendido (Yates, 1973). Desafortunadamente, la teoría del aprendizaje sólo ha explicado que el alcohol funciona como un agente reductor de la pulsión y por consiguiente, fortalece todas las conductas que la preceden.

Las principales técnicas que se utilizan en la terapia del comportamiento son la del condicionamiento clásico aversivo con drogas, el condicionamiento clásico aversivo con choques (muy poco utilizado en los casos de alcoholismo), el condicionamiento clásico aversivo con parálisis, el condicionamiento instrumental de escape con choque, el condicionamiento instrumental de evitación con choque, la técnica de imaginación aversiva, las técnicas de relajación-aversión y la terapias de amplio espectro.

El condicionamiento clásico aversivo consiste básicamente en asociar la ingestión de alcohol con apomorfina Voegtlin, (1940 en Elizondo, 1977) u otra droga emética (tártaro emético o emetina) para producir náuseas, vómitos e irritación gástrica. Posteriormente se aumenta la dosis del emético, la duración del tratamiento y se amplía el rango de licores utilizados, hasta que el paciente desarrolla una aversión condicionada ante la vista, gusto, sabor y efectos del alcohol. Este tratamiento debe repetirse periódicamente para reforzarlo; de lo contrario, la respuesta aversiva se extingue.

En términos generales, los resultados de la psicoterapia conductual han sido poco consistentes y existen dudas respecto de su aplicación.

Por lo mismo, casi sólo se utiliza cuando los alcohólicos no reaccionan a otro tipo de tratamiento psicoterapéutico.

5.4.6. Recursos Psicoterapéuticos Auxiliares

5.4.6.1. Cine debate terapéutico: El cine debate terapéutico es un recurso ameno y útil para aquéllos alcohólicos muy reticentes a aceptar su enfermedad. Esta técnica consiste en la exhibición de un documental o película cuyo tema central sea el alcoholismo o algunos de los conflictos que se asocian a él. Después de la exhibición, el terapeuta organiza y coordina un debate en forma de dinámica de grupo y se discuten diversos asuntos de lo que se vio. El terapeuta estimula la discusión y promueve que los pacientes externen sus conflictos mediante la identificación de los personajes o situaciones que observaron. Una vez que los miembros del grupo vencen sus resistencias iniciales, el terapeuta hace observaciones, sugerencias e interpretaciones.

5.4.6.2. Psicoterapia artística: A través de diversas manifestaciones del arte como la literatura, la música o la pintura, el paciente puede proyectar conflictos internos y entender mejor la relación entre el consumo de alcohol y sus problemas personales, así como las actitudes sociales respecto del consumo de alcohol. Por ejemplo, en la psicoterapia musical se escucha varias canciones que exaltan el uso del alcohol y después se

analizan, discuten y someten a crítica; de esta manera, el paciente desarrolla el hábito de valorar este tipo de mensajes.

5.4.6.3. Técnicas de relajación: Este método consiste en proporcionar al paciente elementos prácticos que le ayuden a manejar su angustia. Cuando el alcohólico aprende a concentrarse y a relajarse, encuentra una alternativa diferente para eliminar la tensión. Mediante estas técnicas, el paciente aprende a identificar las manifestaciones corporales de su angustia y a superarlas a través de la meditación. Un síntoma muy común entre los alcohólicos es el insomnio y a veces por eso recurren al alcohol o a los tranquilizantes; mediante la relajación, el alcohólico puede inducir el sueño sin recurrir a psicofármacos con propiedades adictivas.

5.4.6.4. Conferencias a pacientes y familiares: La información y la educación son aspectos muy importantes de la psicoterapia integral del alcohólico y de su familia. Debido a la ignorancia general que existe en relación con el alcohol y el alcoholismo, es necesario que, además de las técnicas propiamente psicoterapéuticas, el paciente y sus familiares conozcan los aspectos básicos de la naturaleza del alcohol, sus efectos, el desarrollo del alcoholismo, los mitos respecto del alcohol y algunos otros fenómenos psicosociales como el machismo, el consumismo, la farmacodependencia, etc., para lo cual es muy valioso usar material audiovisual como filmas, diapositivas, películas, libros, cuestionarios y folletos.

5.4.6.5. Manejo de la situación laboral: Así como es importante involucrar a la familia en el tratamiento del alcohólico, lo es trabajar con las personas que en su medio laboral tienen una relación importante con él (jefes, supervisores, compañeros de oficina, el director de la empresa o el jefe de personal). No es conveniente que estas personas desconozcan la naturaleza de la enfermedad del empleado; de ser así, el paciente tiene muchas dificultades para asistir a sus sesiones terapéuticas o a los grupos de AA. Por otro lado, la mayor parte de los empresarios, sobre todo cuando el paciente alcohólico es un empleado con mucha antigüedad o muy eficiente, cooperan con su tratamiento, en el sentido de ofrecerle facilidades de horario y económicas. Cuando el jefe empieza a notar las mejorías del empleado rehabilitado, se sensibiliza ante el problema y promueve actividades preventivas con otros empleados que tengan problemas similares.

5.4.6.6. Ludoterapia: La ludoterapia o terapia de juegos es muy importante en los centros de rehabilitación de alcohólicos donde los pacientes están internados durante varias semanas y trabajan intensivamente en diversos tipos de estrategias psicoterapéuticas durante todo el día. En estos casos, resulta muy útil intercalar diversas formas de ludoterapia, pues esto tiene un efecto catártico, relajante, educativo y de cohesión en el grupo, sin perder su carácter terapéutico. Por ejemplo, muchos pacientes alcohólicos son tímidos y han experimentado durante mucho tiempo el rechazo del grupo social al que pertenecen; el hecho de integrarlos a actividades lúdicas donde la unión, la cooperación y la participación del individuo en el grupo son fundamentales, proporciona estímulos adecuados para que se sienta nuevamente aceptado y útil. Las terapias lúdicas consisten en actividades deportivas, concursos y juegos de mesa de carácter constructivo y educativo. Es importante evitar las situaciones que el paciente pueda asociar con su problema, como juegos de azar o apuestas.

5.4.7. Grupos de autoayuda: Los grupos de autoayuda son aquellos en que los propios alcohólicos o familiares de alcohólicos se organizan de manera espontánea para apoyarse mutuamente en su recuperación y para ayudar a otros alcanzar los mismos objetivos. Están representados comúnmente por los grupos de Alcohólicos Anónimos y de Alanón y constituyen una forma de psicoterapia de grupo libre que, a través del tiempo, ha probado ser un efectivo método terapéutico para quienes han decidido recuperarse del alcoholismo.

5.4.7.1. Alcohólicos Anónimos: En su libro, "Nuevo concepto del alcoholismo", Marty Mann (1974), hace una descripción completa de Alcohólicos Anónimos. Alcohólicos Anónimos se ha catalogado como una organización, una sociedad, un movimiento, una confraternidad, un grupo semirreligioso y un método de tratamiento. Ninguno de estos calificativos es exacto y algunos están completamente equivocados. Alcohólicos Anónimos no es ni una sociedad, ni una organización en el sentido estricto de la palabra; tampoco es un grupo semirreligioso, ni un "movimiento", cualquiera que sea. Es ambos: una fraternidad y un método de tratamiento, pero también muchas otras cosas; de modo que ninguna de esas denominaciones es lo suficientemente explicativa. Para sus propios miembros, Alcohólicos Anónimos es primero un regreso a la vida y luego, un modelo de vida. Para el mundo exterior ha sido, simplemente, un milagro.

Según Molina (1982), son una "Hermandad integrada exclusivamente por enfermos alcohólicos que se ayudan, apoyan y esfuerzan mutuamente en un deseo de pertenecer en la abstinencia".

Ellos se autodefinen así: "Nosotros en AA., somos hombres y mujeres que hemos descubierto y admitido que no podemos controlar el alcohol. Hemos aprendido que debemos vivir sin alcohol si queremos evitar el desastre individual y los que dependen de nosotros. En grupos locales en miles de comunidades formamos parte de una organización internacional con miembros en más de noventa países. Tenemos un sólo propósito: el mantenernos sobrios y ayudar a otros para buscar nuestro apoyo a fin de que obtengan y conserven su sobriedad" (A.A., "Esto es A.A., 1961).

El énfasis que AA pone en la espiritualidad, en la forma de un poder superior a uno mismo, tiene la importante función psicológica de incitar a sus miembros a buscar creencias, actitudes y conductas alternativas. El encaminar su vida y voluntad hacia un poder más grande que uno mismo, incita al miembro a reexaminar su manera de hacer las cosas, y a buscar y practicar creencias y patrones de comportamiento alternativos. Muchos miembros llegan a darse cuenta de cosas como la siguiente: "Yo insistía en hacer las cosas a mi manera y esto no me llevó a ninguna parte, sólo logre hundirme más en mis problemas. Ya era tiempo de que intentara hacer las cosas de otra manera diferente de la mía".

Actualmente el programa de recuperación de AA confiere una considerable importancia a los factores psicológicos, ya que se cree que estos factores tienen un peso etiológico, o sea, como causantes de la enfermedad. Los miembros de AA reconocen la importancia de los asuntos psicológicos como resentimientos,

autocompasión, egoísmo, expectativas extremadamente irreales, frustración, estrés, relaciones amorosas y sexuales disfuncionales, autoestima baja, miedo, ansiedad, culpa, ostentación, falta de voluntad, melancolía, depresión, necesidades de seguridad, envidia, poder sobre otras personas, etc. AA no sólo toma en cuenta estos aspectos, sino que sus actividades son procesos psicológicos clara e inteligentemente planeados. Sus juntas podrían ser un ejemplo de los procesos sociopsicológicos que caracterizan las relaciones humanas positivas, saludables y fuertes: comunicación abierta, honesta y confiable; cuidado, respeto y consideración por las personas; compromiso con el crecimiento y bienestar de uno mismo y de los demás, y empatía e identificación con ellos. Muchas otras actividades y pasos de AA reconocen implícita o explícitamente la importancia de los procesos psicológicos individuales o interpersonales para la recuperación del alcoholismo.

El programa de Alcohólicos Anónimos, para la recuperación del alcohólico está constituido por doce pasos y doce tradiciones, este programa funciona a través de la práctica de cada uno de ellos, poco a poco pero con tenacidad y constancia.

Una vez que el enfermo se decide a dejar de beber, la siguiente fase consiste en rehabilitarlo, es decir, reintegrarlo a sus actividades personales, familiares, laborales y sociales. La meta radica en lograr que todas sus relaciones sean mejores que las que tenía antes de su crisis alcohólica, o sea, que logre un óptimo funcionamiento psicosocial.

Los alcohólicos que dejan de beber pero que no logran solucionar sus conflictos y continúan insatisfechos e infelices, desarrollan lo que se denomina "síndrome de la borrachera seca", expresión que se refiere a que conducta es similar a la que manifiestan cuando están tomados.

Un paciente puede difícilmente dejar el alcohol sin en ello no ve alguna ganancia. Si todo lo que el paciente gana con el esfuerzo por dejar de beber es una existencia gris vacía, probablemente no pasará mucho tiempo antes de que recaiga.

Sin embargo este programa ha sido el más efectivo con el que los alcohólicos han contado durante más de 50 años.

5.4.7.2. Grupos de Alanón: Alanón representa para las familias de los alcohólicos lo que AA para ellos y es el medio indicado para que quienes conviven con un alcohólico, aprendan a manejar las situaciones que se asocian con el alcoholismo. Su propósito es lograr un cambio de mentalidad respecto del alcoholismo y crear en los familiares una actitud que pueda provocar un cambio positivo en sus vidas.

La razón de pertenecer a Alanón se fundamenta en el hecho de que los familiares de los alcohólicos se involucran tanto en el "juego del alcoholismo", que pueden asumir actitudes neuróticas las cuales, lejos de beneficiar al alcohólico, provocan generalmente la persistencia del problema. El juego consiste en que un individuo bebe mucho y se intoxica y los demás reaccionan contra sus consecuencias; el bebedor responde a esta reacción y vuelve a beber. De esta manera, establece un círculo vicioso o "carrusel" de culpa y negación del cual no pueden salirse ni el alcohólico ni su familiar. (Alanon Family Group, Alcoholismo, 1969).

Uno de los folletos de Alanón dice lo siguiente: Ningún alcohólico se ha beneficiado con sermones, regaños o escenas violentas. Al humillarlo e embravecerlo, sólo aumentamos su sentimiento de culpa y sus tragos. La energía emocional debe emplearse en acciones y pensamientos constructivos. Hombres y mujeres aprenden de Alanón la manera de encarar estos problemas de buena fe, actuando con fe y con valor. Todos queremos que nos ocurran cosas buenas, pero no podemos sólo rezar y sentarnos a esperar que los milagros sucedan. Debemos acompañar nuestros rezos con acciones.

Los grupos de Alanón tienden a cambiar las actitudes del familiar y no -como muchos creen- proporciona una receta para que el alcohólico deje de beber. En la mayor parte de los casos, el familiar tiene que modificar sus actitudes para que el alcohólico deje de beber. Incluso hay muchos casos de miembros de Alanón en los que su familiar nunca dejó de beber, pero ellos encontraron orientación, apoyo moral y una gran serenidad para manejar los problemas generados por la convivencia con él.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPÍTULO 6
METODOLOGÍA

6.1. Planteamiento del Problema:

¿Cuál es el índice de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de una universidad privada ?

6.2. Hipótesis:

H1.1 El consumo de alcohol en la población de hombres es mayor que el de las mujeres.

H0.1 El consumo de alcohol en la población de hombres no es mayor que el de las mujeres.

H1.2 Los hombres inician su consumo de alcohol a edades más tempranas que las mujeres.

H0.2 Los hombres no inician su consumo de alcohol a edades más tempranas que las mujeres.

H1.3 Las circunstancias en el consumo de alcohol es diferente entre hombres y mujeres.

H0.3 Las circunstancias en el consumo de alcohol no es diferente entre hombres y mujeres.

H1.4 La frecuencia en el consumo de alcohol, en la población de hombres es similar al de las mujeres.

H0.4 La frecuencia en el consumo de alcohol en la población de hombres es diferente a la de las mujeres.

H1.5 El consumo de tabaco en la población de hombres es mayor que en el de las mujeres.

H0.5 El consumo de tabaco en la población de hombres no es mayor que el de las mujeres.

H1.6 El intento por dejar de fumar en la población de hombres es mayor que el de las mujeres.

H0.6 El intento por dejar de fumar en la población de hombres no es mayor que el de las mujeres.

H1.7 Las mujeres tienden a consumir más tabaco cuando consumen alcohol, en comparación con el de los grupos de hombres.

H0.7 Las mujeres no tienden a consumir más tabaco cuando consumen alcohol, en comparación con el grupo de hombres.

H1.8 Existe diferencia en la frecuencia del consumo de alcohol en las diferentes carreras del sexo femenino.

H0.8 No existe diferencia en la frecuencia del consumo de alcohol en las diferentes carreras del sexo femenino.

H1.9 Existe diferencia en la frecuencia del consumo de alcohol en las diferentes carreras del sexo masculino.

H0.9 No existe diferencia en la frecuencia del consumo de alcohol en las diferentes carreras, del sexo masculino.

H1.10 Existe diferencia en la cantidad de consumo de tabaco de las diferentes carreras del sexo femenino.

H0.10 No existe diferencia en la cantidad de consumo de tabaco de las diferentes carreras del sexo femenino.

H1.11 Existe diferencia en la cantidad de consumo de tabaco de las diferentes carreras del sexo masculino.

H0.11 No existe diferencia en la cantidad de consumo de tabaco de las diferentes carreras del sexo masculino.

6.3. Variables:

VI: Sexo, carrera, edad.

VD: Índice de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes.

6.4. Objetivos:

6.4.1. **Objetivo General:** Determinar el índice de consumo de alcohol y tabaco de jóvenes universitarios.

6.4.2. **Objetivos Específicos:**

6.4.2.1. Analizar si hay diferencia en el consumo de alcohol y tabaco entre hombres y mujeres.

6.4.2.2. Identificar la edad en que inician el consumo de alcohol y tabaco tanto hombres como mujeres.

6.4.2.3. Analizar si existe diferencia en cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco en las diferentes carreras en el sexo femenino.

6.4.2.4. Analizar si existe diferencia en la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco en las diferentes carreras en el sexo masculino.

6.4.2.5. Analizar cuál es la carrera donde existe mayor consumo de alcohol y tabaco.

6.5. Población y muestra:

6.5.1. **Población:**

El número de todos los alumnos de la Universidad del Valle de México, plantel Tlalpan es de 5,088 de todas las edades y del nivel de licenciatura.

6.5.2. Muestra:

La muestra fue constituida por un total de 534 estudiantes universitarios, de los cuales 267 son hombres y 267 mujeres estudiantes de nivel licenciatura, y pertenecientes a diferentes carreras. El muestreo es de tipo no probabilístico aleatorio, ya que la elección de los sujetos se realizó al azar, en una Universidad Privada (UVM), ubicada en la Delegación de Tlalpan, en México, D.F., en donde acuden jóvenes de ambos sexos. Sus edades oscilaban entre 18 y 25 años de edad. Teniendo en general los sujetos un nivel socioeconómico medio. Se considera que la muestra es representativa, pues incluye a más del 10% del total de la población.

6.6. Obtención de Datos:

Para la elaboración del instrumento se hizo una revisión bibliográfica sobre los temas de alcohol y tabaco. Lo cual ayudó para el diseño del cuestionario, posteriormente al revisar otras tesis se encontraron cuestionarios con preguntas similares a las ya elaboradas lo que le dió validez suficiente para medir lo que se quiere medir; como fue la tesis de Montemayor, (1991) con el tema Aplicación de un programa preventivo del alcoholismo empleando una técnica conductual. Y la tesis de Cendón y Martínez (1989), con el tema de Tabaquismo y ansiedad en adolescentes de 1er. ingreso o escuela profesional.

Después de ser elaborado, dicho cuestionario, que inicialmente constaba de 18 preguntas, se procedió a pilotarlo en un grupo de 35 estudiantes universitarios de licenciatura de la UVM, de la carrera de Relaciones Internacionales, teniendo como objetivo detectar posibles fallas en el instrumento ya elaborado; y así mismo hacer una depuración de las mismas, quedando así sólo 14 preguntas, 10 cerradas y 4 preguntas abiertas siendo la mayoría de opción múltiple. Se incluye en el anexo.

6.7. Tipo de Investigación:

Es un estudio de campo, de tipo transversal, debido a que este estudio se realiza donde se da el fenómeno y los resultados son para la población estudiada. Es transversal debido a que se realizó en grupos de sujetos de diferentes edades y se estudia en un mismo momento particular. (Zinser, 1987).

6.8. Nivel de Investigación:

El tipo de investigación es confirmatorio, ya que los resultados obtenidos, se compara con estudios previos realizados en otras universidades, siendo la finalidad confirmar o rechazar hipótesis mediante el análisis estadístico, precisando que las conclusiones son sólo válidas para aquellas poblaciones que tengan las mismas características de esta muestra y de esta investigación.

6.9. Diseño de Investigación:

Se trató de un diseño cuasi-experimental de tipo ex-post-facto, debido a que las condiciones ya están dadas previamente a la realización de la investigación.

6.10 Procedimiento:

Se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios (Ver obtención de datos 6.6.), durante las últimas semanas de fin de curso; en el mes de mayo de 1996, en el turno matutino y se dedicaron a ello aproximadamente 52 hrs.

Una vez que se obtuvo la autorización, nos dirigimos a cada uno de los edificios donde se encuentran ubicadas las diferentes carreras, para pasar a cada uno de los salones, donde se obtuvo el permiso del profesor para ingresar a los mismos. Nos dirigimos a los alumnos dándoles las siguientes instrucciones: "Favor de contestar las siguientes preguntas acerca de tu consumo de alcohol y tabaco. Trata de contestar lo más

honestamente posible, y si tienes alguna duda puedes preguntar". El cuestionario fue anónimo, con la finalidad de que la información que nos proporcionaran los alumnos fuera lo más veraz posible.

No solamente se aplicaron cuestionarios en los salones de clase, sino también en los pasillos y en el patio de la universidad, donde había grupos grandes de alumnos. Esto fue debido a que algunos grupos se encontraban dispersos, después de terminar algún examen o en espera de su próxima clase.

Se aplicaron a un total de 549 sujetos, y se invalidaron 15 cuestionarios ya que algunos no especificaron su sexo y otros sólo lo tomaron a broma, quedando así sólo 534 cuestionarios.

Posteriormente se procedió al vaciado de datos y al análisis de los mismos utilizándose el programa Excel en Windows.

6.11. Análisis Estadísticos:

De acuerdo a cada una de las preguntas, se obtuvieron porcentajes, y frecuencias. Y solamente en algunas se obtuvo la media debido a que no todas se podían cuantificar y por lo tanto se utiliza estadística no paramétrica.

CAPÍTULO 7
RESULTADOS

7.1 Presentación de Resultados y Gráficas

Tabla 1 Edades de los Alumnos

Carrera	18 o menos	19-20	21-22	23-24	25 o más	Total	x (media)
Administración	4	12	4	1	2	23	20.24
Arquitectura	3	6	6	0	0	15	20.00
Diseño Grafico	3	17	16	2	0	38	20.43
Contaduría	0	4	2	1	0	7	20.64
I. de Sistemas	3	6	9	1	0	19	20.42
I. Mecánica	0	0	0	0	0	0	0.00
I. Electrónica	0	0	0	0	0	0	0.00
Psicología	7	25	5	2	5	44	20.30
Derecho	6	24	4	5	2	41	20.23
C.de la Comunicación	3	23	12	2	0	40	20.19
Mercadotecnia	3	7	5	2	0	17	20.29
R. Internacionales	4	4	2	1	0	11	19.66
Varias	1	7	3	1	0	12	20.21
Total	37	135	68	18	9	267	20.26

18 o menos	19-20	21-22	23-24	25 o más	Total
17.39	52.17	17.39	4.35	6.70	100
20.00	40.00	40.00	0.00	0.00	100
7.89	44.74	42.11	5.26	0.00	100
0.00	57.14	28.57	14.29	0.00	100
15.79	31.58	47.37	5.26	0.00	100
0.00	0	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0	0
15.91	56.82	11.36	4.55	11.36	100
14.63	56.54	9.76	12.20	4.88	100
7.50	57.50	30.00	5.00	0.00	100
17.65	41.18	29.41	11.76	0.00	100
36.36	36.36	18.18	9.09	0.00	100
8.33	58.33	25.00	8.33	0.00	100
13.88	60.66	25.47	6.74	3.37	100

Tabla 1a Edades de los Alumnos

Carrera	18 o menos	19-20	21-22	23-24	25 o más	Total	x (media)
Administración	3	10	10	5	1	29	20.91
Arquitectura	0	6	9	6	0	23	21.67
Diseño Grafico	2	9	7	2	1	21	20.67
Contaduría	0	6	4	2	0	12	20.63
I. de Sistemas	7	17	16	4	1	47	20.50
I. Mecánica	1	5	3	1	1	11	20.77
I. Electrónica	3	11	6	4	0	24	20.46
Psicología	1	2	3	2	0	6	21.06
Derecho	0	15	9	4	1	29	20.66
C.de la Comunicación	1	17	10	3	2	33	20.75
Mercadotecnia	2	6	5	1	1	17	20.47
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0.00
Varias	1	5	6	1	0	13	20.62
Total	21	111	90	37	8	267	20.78

18 o menos	19-20	21-22	23-24	25 o más	Total
10.34	34.48	34.48	17.24	3.45	100
0.00	26.09	39.13	34.78	0.00	100
9.52	42.86	33.33	9.52	4.76	100
0.00	50.00	33.33	16.67	0.00	100
14.89	36.17	36.30	8.51	2.13	100
9.09	45.45	27.27	9.09	9.09	100
12.50	45.83	25.00	16.67	0.00	100
12.50	25.00	37.50	25.00	0.00	100
0.00	51.72	31.03	13.79	3.45	100
3.03	51.52	30.30	9.09	6.06	100
11.76	47.06	29.41	5.88	5.88	100
0	0	0	0	0	0
7.69	36.46	48.15	7.69	0.00	100
7.87	41.87	33.71	13.88	3.66	100

Tabla 2 Frecuencia en el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina

Carrera	1 vez/semana	cada 15 días	1 vez/mes	Ocasionalme	Nunca	Total	x (media)
Administración	2	4	12	3	2	23	1.26
Arquitectura	0	2	8	2	3	15	0.84
Diseño Grafico	2	3	17	3	13	38	0.84
Contaduría	1	1	4	0	1	7	1.43
I. de Sistemas	1	3	11	0	4	19	1.11
I. Mecanica	0	0	0	0	0	0	0.00
I. Electronica	0	0	0	0	0	0	0.00
Psicologia	3	6	23	3	9	44	1.09
Derecho	2	3	20	5	11	41	0.87
C.de la Comunicación	6	8	23	2	1	40	1.59
Mercadotecnia	1	6	6	0	4	17	1.29
R. Internacionales	0	0	6	2	3	11	0.61
Varias	0	4	2	3	3	12	0.92
Total	18	40	132	23	54	267	1.09

Tabla de Porcentajes Femenina

1 vez/semana	cada 15 días	1 vez/mes	Ocasionalme	Nunca	Total
8.70	17.39	52.17	13.04	8.70	100
0.00	13.33	53.33	13.33	20.00	100
5.26	7.89	44.74	7.89	34.21	100
14.29	14.29	57.14	0.00	14.29	100
5.26	15.79	57.89	0.00	21.05	100
0.00	0	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0	0
6.82	13.64	52.27	8.62	20.45	100
4.88	7.32	48.78	12.20	26.83	100
15.00	20.00	57.50	5.00	2.50	100
5.88	35.29	35.29	0.00	23.53	100
0.00	0.00	54.55	18.18	27.27	100
0.00	33.33	16.67	25.00	25.00	100
6.74	14.98	49.44	8.61	20.22	100

Tabla 2a Frecuencia en el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina

Carrera	1 vez/semana	cada 15 días	1 vez/mes	Ocasionalme	Nunca	Total	x (media)
Administración	9	9	10	0	1	29	2.21
Arquitectura	8	8	8	0	1	23	2.35
Diseño Grafico	5	5	10	0	1	21	1.90
Contaduría	4	4	1	0	3	12	2.08
I. de Sistemas	8	6	27	3	2	47	1.62
I. Mecanica	4	2	3	0	2	11	2.09
I. Electronica	5	9	8	0	2	24	1.92
Psicologia	5	1	1	0	1	8	2.88
Derecho	12	8	8	0	1	29	2.48
C.de la Comunicación	14	6	12	1	0	33	2.43
Mercadotecnia	9	4	3	0	1	17	2.76
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0.00
Varias	4	2	4	0	3	13	1.85
Total	88	64	93	4	18	267	2.15

Tabla de Porcentajes Masculina

1 vez/semana	cada 15 días	1 vez/mes	Ocasionalme	Nunca	Total
31.03	31.03	34.48	0.00	3.45	100
34.78	34.78	26.09	0.00	4.35	100
23.81	23.81	47.62	0.00	4.76	100
33.33	33.33	8.33	0.00	25.00	100
19.15	12.77	57.45	6.38	4.26	100
36.36	18.18	27.27	0.00	18.18	100
20.83	37.50	33.33	0.00	6.33	100
62.50	12.50	12.50	0.00	12.50	100
41.38	27.59	27.59	0.00	3.45	100
42.42	18.18	36.36	3.03	0.00	100
52.94	23.53	17.65	0.00	5.88	100
0	0	0	0	0	0
30.77	15.38	30.77	0.00	23.08	100
32.96	23.97	34.83	1.50	6.74	100

Tabla 3 Circunstancias de Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina								
Carrera	Reunión Familiar	Reunión Amigos	Días Festivos	Otros	Varías opciones	No contesta	No toma	Total
Administración	4	14	1	1	1	0	2	23
Arquitectura	2	5	0	3	2	0	3	15
Diseño Grafico	7	14	0	5	2	9	1	38
Contaduría	0	2	1	2	1	0	1	7
I. de Sistemas	4	10	1	0	3	1	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	5	15	0	3	12	0	9	44
Derecho	11	14	2	3	3	0	8	41
C.de la Comunicación	6	27	1	1	4	0	1	40
Mercadotecnia	1	5	1	1	5	0	4	17
R. Internacionales	2	6	0	0	0	0	3	11
Varías	0	6	1	0	2	0	3	12
Total	42	110	8	10	35	10	35	207

Tabla 3a Circunstancias de Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina								
Carrera	Reunión Familiar	Reunión Amigos	Días Festivos	Otros	Varías opciones	No contesta	No toma	Total
Administración	1	21	0	1	5	0	1	29
Arquitectura	1	9	2	4	7	0	0	23
Diseño Grafico	3	11	1	2	4	0	0	21
Contaduría	0	8	0	0	1	0	3	12
I. de Sistemas	3	27	0	3	12	0	2	47
I. Mecanica	0	6	1	0	3	0	1	11
I. Electronica	2	10	0	2	8	0	2	24
Psicología	0	4	0	1	2	0	1	8
Derecho	0	25	0	1	2	0	1	29
C.de la Comunicación	2	23	1	2	5	0	0	33
Mercadotecnia	0	11	1	1	3	0	1	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0
Varías	0	7	0	0	3	0	3	13
Total	12	162	6	17	55	0	15	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Reunión Familiar	Reunión Amigo	Días Festivos	Otros	Varías opción	No contesta	No toma	Total
17.39	60.67	4.35	4.35	4.35	0.00	8.70	100
13.33	33.33	0.00	20.00	13.33	0.00	20.00	100
16.42	36.84	0.00	13.16	5.26	23.68	7.63	100
0.00	28.57	14.29	28.57	14.29	0.00	14.29	100
21.05	52.63	5.26	0.00	15.79	5.26	0.00	100
0.00	0	0	0	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0	0	0	0
11.36	34.09	0.00	6.82	27.27	0.00	20.45	100
26.83	34.15	4.88	7.32	7.32	0.00	19.81	100
15.00	67.50	2.50	2.50	10.00	0.00	2.50	100
5.88	29.41	5.88	5.88	29.41	0.00	23.53	100
16.16	54.55	0.00	0.00	0.00	0.00	27.27	100
0.00	50.00	8.33	0.00	16.67	0.00	25.00	100
15.73	44.18	3.00	7.12	13.11	3.73	13.11	100

Tabla de Porcentajes Masculina

Reunión Familiar	Reunión Amigo	Días Festivos	Otros	Varías opción	No contesta	No toma	Total
3.45	72.41	0.00	3.45	17.24	0.00	3.45	100
4.35	39.13	8.70	17.39	30.43	0.00	0.00	100
14.29	52.38	4.78	9.52	19.05	0.00	0.00	100
0.00	66.67	0.00	0.00	8.33	0.00	25.00	100
6.38	57.45	0.00	6.38	25.53	0.00	4.26	100
0.00	54.55	9.09	0.00	27.27	0.00	9.09	100
8.33	41.67	0.00	8.33	33.33	0.00	8.33	100
0.00	50.00	0.00	12.50	25.00	0.00	12.50	100
0.00	86.21	0.00	3.45	6.90	0.00	3.45	100
6.06	69.70	3.03	6.06	15.15	0.00	0.00	100
0.00	64.71	5.88	5.88	17.65	0.00	5.88	100
0	0	0	0	0	0	0	0
0.00	53.85	0.00	0.00	23.06	0.00	23.06	100
4.48	60.67	2.25	6.37	20.80	0.00	5.82	100

Tabla 4 Influencia de Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina

Carrera	Publicidad	Familia	Amigos	Otros	Varias opcion	No toma	No contesto	Total
Administración	2	0	5	12	0	2	2	23
Arquitectura	1	1	4	6	3	0	0	15
Diseño Grafico	1	0	14	10	10	0	3	38
Contaduría	0	0	2	4	0	0	1	7
S. de Sistemas	0	2	6	8	3	0	0	19
L. Mecánica	0	0	0	0	0	0	0	0
L. Electrónica	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	5	0	8	24	4	0	3	44
Derecho	5	2	7	18	3	3	5	41
C.de la Comunicación	1	3	13	17	0	0	6	40
Mercadotecnia	1	0	4	11	0	0	1	17
R. Internacionales	0	0	2	5	1	0	3	11
Varias	2	0	5	3	0	0	2	12
Total	18	8	70	118	24	5	26	267

Tabla 4a Influencia de Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina

Carrera	Publicidad	Familia	Amigos	Otros	Varias opcion	No toma	No contexto	Total
Administración	3	0	6	13	3	1	1	29
Arquitectura	2	0	5	12	1	0	3	23
Diseño Grafico	2	0	5	13	1	0	0	21
Contaduría	0	0	7	4	1	0	0	12
S. de Sistemas	1	8	8	28	2	0	0	47
L. Mecánica	0	0	7	2	1	0	1	11
L. Electrónica	1	0	9	4	4	0	6	24
Psicología	0	0	4	4	0	0	0	8
Derecho	0	2	6	16	4	0	1	29
C.de la Comunicación	1	1	14	13	2	0	2	33
Mercadotecnia	0	0	5	10	1	1	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0
Varias	2	0	4	4	0	1	2	13
Total	12	11	82	123	20	3	16	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Publicidad	Familia	Amigos	Otros	Varias opcl	No toma	No contexto	Total
8.70	0.00	21.74	52.17	0.00	8.70	8.70	100
6.67	6.67	26.67	40.00	20.00	0.00	0.00	100
2.63	0.00	36.84	26.32	26.32	0.00	7.89	100
0.00	0.00	28.57	57.14	0.00	0.00	14.29	100
0.00	10.53	31.58	42.11	15.79	0.00	0.00	100
0.00	0	0	0	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0	0	0	0
11.36	0.00	18.18	54.55	8.09	0.00	6.82	100
12.20	4.88	17.07	39.02	7.32	7.32	12.20	100
2.50	7.50	32.50	42.50	0.00	0.00	15.00	100
5.88	0.00	23.53	64.71	0.00	0.00	5.88	100
0.00	0.00	18.18	45.45	9.09	0.00	27.27	100
16.67	0.00	41.67	25.00	0.00	0.00	16.67	100
8.74	3.00	26.22	43.45	8.86	1.87	8.74	100

Tabla de Porcentajes Masculina

Publicidad	Familia	Amigos	Otros	Varias opcl	No toma	No contexto	Total
10.34	0.00	27.59	44.83	10.34	3.45	3.45	100
8.70	0.00	21.74	52.17	4.35	0.00	13.04	100
9.52	0.00	23.81	61.90	4.78	0.00	0.00	100
0.00	0.00	58.33	33.33	8.33	0.00	0.00	100
2.13	17.02	17.02	59.57	4.26	0.00	0.00	100
0.00	0.00	63.64	18.18	9.09	0.00	0.00	100
4.17	0.00	37.50	16.67	16.67	0.00	25.00	100
0.00	0.00	50.00	50.00	0.00	0.00	0.00	100
0.00	6.90	20.69	55.17	13.79	0.00	3.45	100
3.03	3.03	42.42	39.39	6.06	0.00	8.08	100
0.00	0.00	29.41	58.82	5.88	5.88	0.00	100
0	0	0	0	0	0	0	0
15.38	0.00	30.77	30.77	0.00	7.69	15.38	100
4.48	4.12	30.71	46.07	7.49	1.12	5.89	100

Tabla 5 Edad de Inicio en el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina										
Carrera	0-12	13-16	17-20	21-24	Más de 25	No toma	no contesta	Total	x (media)	
Administración	1	3	13	1	1	2	2	23	14.88	
Arquitectura	0	5	7	0	0	3	0	15	13.47	
Diseño Gráfico	0	14	13	0	0	5	3	38	11.87	
Contaduría	0	3	2	0	0	1	1	7	11.50	
I. de Sistemas	0	7	7	0	0	0	5	19	17.18	
I. Mecánica	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	
I. Electrónica	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	
Psicología	2	12	21	0	0	9	0	44	13.28	
Derecho	3	12	15	1	0	10	0	41	12.37	
C. de la Comunicación	0	12	24	0	0	1	3	40	15.45	
Marketing	0	11	2	0	0	4	0	17	11.56	
R. Internacionales	0	2	8	0	0	3	0	11	12.73	
Varias	0	2	6	0	0	3	1	12	11.67	
Total	6	83	116	2	1	44	15	287	13.05	

Tabla de Porcentajes Femenina										
	0-12	13-16	17-20	21-24	Más de 25	No toma	no contesta	Total	x (media)	
4.35	13.04	40.52	4.35	4.35	8.70	8.70	0.00	100		
0.00	33.33	46.87	0.00	0.00	20.00	0.00	100			
0.00	36.84	34.21	0.00	0.00	21.05	7.89	100			
0.00	42.86	28.57	0.00	0.00	14.29	14.29	100			
0.00	36.84	36.84	0.00	0.00	0.00	26.32	100			
0.00	0	0	0	0	0	0	0			
0.00	0	0	0	0	0	0	0			
4.55	27.27	47.73	0.00	0.00	20.45	0.00	100			
7.32	29.27	36.59	2.44	0.00	24.38	0.00	100			
0.00	30.00	60.00	0.00	0.00	2.50	7.50	100			
0.00	64.71	11.76	0.00	0.00	23.53	0.00	100			
0.00	18.18	54.55	0.00	0.00	27.27	0.00	100			
0.00	16.67	50.00	0.00	0.00	25.00	8.33	100			
2.25	31.09	43.45	0.75	0.37	16.48	5.82	100			

Tabla 5a Edad de Inicio en el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina										
Carrera	0-12	13-16	17-20	21-24	Más de 25	No toma	no contesta	Total	x (media)	
Administración	1	20	7	0	0	1	0	29	14.84	
Arquitectura	1	13	8	0	0	1	0	23	15.11	
Diseño Gráfico	1	11	8	0	0	1	21	15.17		
Contaduría	1	7	1	0	0	3	0	12	10.82	
I. de Sistemas	0	23	18	0	0	2	4	47	14.18	
I. Mecánica	0	4	5	0	0	2	0	11	13.68	
I. Electrónica	1	5	15	1	0	2	0	24	15.98	
Psicología	0	8	1	0	0	1	0	8	13.10	
Derecho	0	18	12	0	0	1	0	29	15.68	
C. de la Comunicación	0	15	17	1	0	0	0	33	16.80	
Marketing	0	10	8	0	0	1	0	17	15.08	
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	
Varias	1	5	4	0	0	3	0	13	12.12	
Total	8	135	102	2	0	17	5	287	14.81	

Tabla de Porcentajes Masculina										
	0-12	13-16	17-20	21-24	Más de 25	No toma	no contesta	Total	x (media)	
3.45	68.97	24.14	0.00	0.00	3.45	0.00	100			
4.35	56.52	34.78	0.00	0.00	4.35	0.00	100			
4.76	52.38	38.10	3.00	0.00	0.00	4.76	100			
8.33	58.33	8.33	0.00	0.00	25.00	0.00	100			
0.00	48.94	36.30	0.00	0.00	4.26	8.51	100			
0.00	36.36	45.45	0.00	0.00	18.18	0.00	100			
4.17	20.63	67.50	4.17	0.00	8.33	0.00	100			
0.00	75.00	12.50	0.00	0.00	12.50	0.00	100			
0.00	58.17	41.38	0.00	0.00	3.45	0.00	100			
0.00	45.45	51.52	3.03	0.00	0.00	0.00	100			
0.00	58.82	35.29	0.00	0.00	5.88	0.00	100			
0	0	0	0	0	0	0	0			
7.69	38.46	30.77	0.00	0.00	23.08	0.00	100			
2.25	50.54	38.20	0.75	0.00	6.37	1.87	100			

Tabla 6 Problemas ocasionados por el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina

Carrera	Si	No	No Toma	Total
Administración	1	20	2	23
Arquitectura	1	14	0	15
Diseño Grafico	3	34	1	38
Contaduría	0	7	0	7
I. de Sistemas	1	18	0	19
I. Mecánica	0	0	0	0
I. Electrónica	0	0	0	0
Psicología	2	39	3	44
Derecho	2	33	6	41
C.de la Comunicación	4	36	0	40
Mercadotecnia	2	11	4	17
R. Internacionales	0	11	0	11
Varias	0	12	0	12
Total	16	235	16	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Si	No	No Toma	Total
4.35	86.96	8.70	100
6.87	93.33	0.00	100
7.89	89.47	2.63	100
0.00	100.00	0.00	100
5.26	94.74	0.00	100
0.00	0	0	0
0.00	0	0	0
4.55	88.64	6.82	100
4.88	80.49	14.63	100
10.00	90.00	0.00	100
11.76	64.71	23.53	100
0.00	100.00	0.00	100
0.00	100.00	0.00	100
5.99	88.01	6.99	100

Tabla 6a Problemas ocasionados por el Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina

Carrera	Si	No	No Toma	Total
Administración	6	23	0	29
Arquitectura	18	5	0	23
Diseño Grafico	0	21	0	21
Contaduría	1	11	0	12
I. de Sistemas	6	39	2	47
I. Mecánica	1	10	0	11
I. Electrónica	0	24	0	24
Psicología	1	7	0	8
Derecho	6	23	0	29
C.de la Comunicación	8	24	0	33
Mercadotecnia	4	12	1	17
R. Internacionales	0	0	0	0
Varias	3	9	1	13
Total	55	208	4	267

Tabla de Porcentajes Masculina

Si	No	No Toma	Total
20.69	79.31	0.00	100.00
78.26	21.74	0.00	100.00
0.00	100.00	0.00	100.00
8.33	91.67	0.00	100.00
12.77	82.98	4.28	100.00
9.09	90.91	0.00	100.00
0.00	100.00	0.00	100.00
12.50	87.50	0.00	100.00
20.69	79.31	0.00	100.00
27.27	72.73	0.00	100.00
23.53	70.59	5.88	100.00
0.00	0.00	0.00	0.00
23.08	69.23	7.69	100.00
20.60	77.90	1.50	100.00

Tabla 7 Algún miembro de tu familia consume Alcohol

Tabla de Población Femenina

Carrera	Si	No	No Toma	Total
Administración	13	8	2	23
Arquitectura	12	3	0	15
Diseño Grafico	24	14	0	38
Contaduría	5	2	0	7
I. de Sistemas	15	4	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0
Psicologia	26	18	0	44
Derecho	31	10	0	41
C.de la Comunicación	27	13	0	40
Mercadotecnia	9	8	0	17
R. Internacionales	5	6	0	11
Varías	6	6	0	12
Total	173	92	2	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Si	No	No Toma	Total
56.52	34.78	8.70	100
80.00	20.00	0.00	100
63.16	36.84	0.00	100
71.43	28.57	0.00	100
78.95	21.05	0.00	100
0.00	0	0	0
0.00	0	0	0
59.09	40.91	0.00	100
75.61	24.39	0.00	100
67.50	32.50	0.00	100
52.94	47.06	0.00	100
45.45	54.55	0.00	100
50.00	50.00	0.00	100
64.79	34.48	0.75	100

Tabla 7a Algún miembro de tu familia consume Alcohol

Tabla de Población Masculina

Carrera	Si	No	No Toma	Total
Administración	24	5	0	29
Arquitectura	15	8	0	23
Diseño Grafico	15	6	0	21
Contaduría	9	3	0	12
I. de Sistemas	33	14	0	47
I. Mecanica	6	5	0	11
I. Electronica	17	7	0	24
Psicologia	7	1	0	8
Derecho	22	7	0	29
C.de la Comunicación	24	9	0	33
Mercadotecnia	10	7	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0
Varías	9	4	0	13
Total	191	76	0	267

Tabla de Porcentajes Masculina

Si	No	No Toma	Total
82.76	17.24	0.00	100
65.22	34.78	0.00	100
71.43	28.57	0.00	100
75.00	25.00	0.00	100
70.21	29.78	0.00	100
54.55	45.45	0.00	100
70.83	29.17	0.00	100
87.50	12.50	0.00	100
75.86	24.14	0.00	100
72.73	27.27	0.00	100
58.82	41.18	0.00	100
0	0	0	0
69.23	30.77	0.00	100
71.54	28.46	0.00	100

Tabla 8 Existe influencia de esa persona en tu Consumo de Alcohol

Tabla de Población Femenina

Carrera	Si	No	No Contesto	No Toma	Total
Administración	0	15	6	2	23
Arquitectura	2	12	1	0	15
Diseño Grafico	3	28	7	0	38
Contaduría	0	6	1	0	7
I. de Sistemas	1	18	0	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0
Psicología	1	32	4	7	44
Derecho	2	31	8	0	41
C.de la Comunicación	5	30	5	0	40
Mercadotecnia	0	12	5	0	17
R. Internacionales	0	7	3	1	11
Varias	0	11	1	0	12
Total	14	202	41	10	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Si	No	No Contesto	No Toma	Total
0.00	65.22	26.09	8.70	100
13.33	80.00	6.87	0.00	100
7.89	73.68	18.42	0.00	100
0.00	85.71	14.29	0.00	100
5.26	94.74	0.00	0.00	100
0.00	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0
2.27	72.73	9.09	15.91	100
4.88	75.61	19.51	0.00	100
12.50	75.00	12.50	0.00	100
0.00	70.59	29.41	0.00	100
0.00	63.64	27.27	9.09	100
0.00	91.67	8.33	0.00	100
5.24	76.66	16.36	3.76	100

Tabla 8a Existe influencia de esa persona en tu Consumo de Alcohol

Tabla de Población Masculina

Carrera	Si	No	No Contesto	No Toma	Total
Administración	3	22	3	1	29
Arquitectura	15	3	5	0	23
Diseño Grafico	1	18	4	0	21
Contaduría	1	11	0	0	12
I. de Sistemas	6	34	6	1	47
I. Mecanica	1	8	2	0	11
I. Electronica	4	16	4	0	24
Psicología	1	7	0	0	8
Derecho	3	23	3	0	29
C.de la Comunicación	2	30	1	0	33
Mercadotecnia	3	14	0	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0
Varias	3	9	1	0	13
Total	43	193	29	2	267

Tabla de Porcentajes Masculina

Si	No	No Contesto	No Toma	Total
10.34	75.66	10.34	3.45	100
65.22	13.04	21.74	0.00	100
4.76	76.19	19.05	0.00	100
8.33	91.67	0.00	0.00	100
12.77	72.34	12.77	2.13	100
9.09	72.73	16.18	0.00	100
16.67	66.67	16.67	0.00	100
12.50	67.50	0.00	0.00	100
10.34	79.31	10.34	0.00	100
6.06	90.91	3.03	0.00	100
17.65	62.35	0.00	0.00	100
0	0	0	0	0
23.08	69.23	7.69	0.00	100
16.10	72.28	10.88	0.76	100

Tabla 9 Cuantos cigarros fuma al día

Tabla de Población Femenina								
Carrera	No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesta	Total	\bar{x} (media)
Administración	10	10	3	0	0	1	23	3.00
Arquitectura	7	4	2	1	0	0	14	3.27
Diseño Gráfico	23	11	0	0	1	1	36	1.28
Contaduría	4	2	1	0	0	0	7	2.00
L. de Matemáticas	11	5	0	1	2	0	19	3.16
L. Mecánicas	0	0	0	0	0	0	0	0.00
L. Electrónicas	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Psicología	22	16	4	1	1	0	44	2.48
Derecho	22	18	4	0	0	0	41	1.88
C. de la Comunicación	18	14	5	2	1	0	40	3.10
Marketing	9	6	4	2	0	0	17	4.29
R. Internacionales	5	4	1	0	1	0	11	3.27
Varias	9	1	2	0	0	0	12	1.58
Total	129	87	29	7	9	2	267	2.49

Tabla 8a Cuantos cigarros fuma al día

Tabla de Población Masculina								
Carrera	No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesta	Total	\bar{x} (media)
Administración	11	5	1	3	3	2	28	4.21
Arquitectura	7	5	7	2	1	0	23	6.04
Diseño Gráfico	14	4	2	1	0	0	21	1.90
Contaduría	4	4	2	2	0	0	12	4.83
L. de Matemáticas	24	17	8	0	0	0	47	2.11
L. Mecánicas	3	5	0	3	0	0	11	4.91
L. Electrónicas	13	5	3	2	0	0	24	2.83
Psicología	5	1	0	1	1	0	8	4.00
Derecho	15	9	5	1	0	0	29	3.03
C. de la Comunicación	18	6	5	3	2	1	33	3.91
Marketing	12	2	1	1	1	0	17	2.83
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Varias	7	4	2	0	0	0	13	2.15
Total	129	73	38	19	8	3	267	3.27

Tabla de Porcentajes Femenina

No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesta	Total
43.48	43.48	3.75	0.00	0.00	4.35	100.00
46.87	26.87	20.00	0.87	0.00	0.00	100.00
55.79	26.96	0.00	0.00	2.63	2.63	100.00
57.14	26.87	14.29	0.00	0.00	0.00	100.00
67.89	26.32	0.00	3.76	10.53	0.00	100.00
0.00	0.00	0	0	0	0	0.00
0.00	0	0	0	0	0	0.00
50.00	36.36	9.09	2.27	2.27	0.00	100.00
63.90	36.89	9.76	0.00	0.00	0.00	100.00
45.00	33.00	12.00	0.00	2.00	0.00	100.00
35.29	29.41	23.52	11.79	0.00	0.00	100.00
45.45	36.36	9.09	0.00	9.09	0.00	100.00
75.00	6.33	16.67	0.00	0.00	0.00	100.00
52.06	33.69	5.74	3.52	3.79	0.79	100.00

Tabla de Porcentajes Masculina

No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesta	Total
37.53	31.63	9.45	15.34	10.34	4.35	100.00
39.43	26.08	30.43	9.79	0.00	0.00	99.90
58.57	19.05	9.52	4.76	0.00	3.82	100.00
53.33	33.33	16.67	16.67	0.00	0.00	100.00
61.06	36.17	12.77	0.00	0.00	0.00	100.00
27.27	48.48	0.00	27.27	0.00	0.00	100.00
64.17	26.00	12.80	6.43	0.00	0.00	100.00
62.50	12.50	0.00	12.50	12.50	0.00	100.00
44.83	31.03	25.89	5.43	0.00	0.00	100.00
48.48	18.18	15.15	9.09	8.08	0.00	100.00
70.59	11.76	8.82	8.82	0.00	0.00	100.00
0	0	0	0	0	0.00	0.00
63.85	30.77	15.38	0.00	0.00	0.00	100.00
48.31	27.34	12.11	7.12	3.00	0.79	100.00

Tabla 10 La gente a la que frecuentas o convives fuma

Tabla de Población Femenina

Carrera	Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	16	3	4	0	23
Arquitectura	14	1	0	0	15
Diseño Grafico	34	4	0	0	38
Contaduría	7	0	0	0	7
I. de Sistemas	17	2	0	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0
Psicología	41	3	0	0	44
Derecho	35	6	0	0	41
C.de la Comunicación	39	1	0	0	40
Mercadotecnia	17	0	0	0	17
R. Internacionales	10	1	0	0	11
Varias	12	0	0	0	12
Total	242	21	4	0	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
69.57	13.04	17.39	0.00	100
93.33	6.67	0.00	0.00	100
89.47	10.53	0.00	0.00	100
100.00	0.00	0.00	0.00	100
89.47	10.53	0.00	0.00	100
0.00	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0
93.18	6.62	0.00	0.00	100
85.37	14.63	0.00	0.00	100
97.50	2.50	0.00	0.00	100
100.00	0.00	0.00	0.00	100
90.91	9.09	0.00	0.00	100
100.00	0.00	0.00	0.00	100
90.64	7.67	1.69	0.00	100

Tabla 10a La gente a la que frecuentas o convives fuma

Tabla de Población Masculina

Carrera	Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	26	2	0	1	29
Arquitectura	21	2	0	0	23
Diseño Grafico	18	3	0	0	21
Contaduría	10	2	0	0	12
I. de Sistemas	41	6	0	0	47
I. Mecanica	10	1	0	0	11
I. Electronica	21	3	0	0	24
Psicología	6	2	0	0	8
Derecho	28	1	0	0	29
C.de la Comunicación	32	1	0	0	33
Mercadotecnia	14	3	0	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0
Varias	11	2	0	0	13
Total	238	28	0	1	267

Tabla de Porcentajes Masculina

Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
89.66	6.90	0.00	3.45	100
91.30	8.70	0.00	0.00	100
85.71	14.29	0.00	0.00	100
83.33	16.67	0.00	0.00	100
87.23	12.77	0.00	0.00	100
90.91	9.09	0.00	0.00	100
87.50	12.50	0.00	0.00	100
75.00	25.00	0.00	0.00	100
96.55	3.45	0.00	0.00	100
96.97	3.03	0.00	0.00	100
82.35	17.65	0.00	0.00	100
0	0	0	0	0
84.62	15.38	0.00	0.00	100
89.14	10.49	0.00	0.37	100

Tabla 11 Que tiempo tienes de fumar

Tabla de Población Femenina

Carrera	No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesto	Total	x (media)
Administración	7	9	3	0	1	3	23	2.91
Arquitectura	5	8	1	0	0	15	29	2.32
Diseño Grafico	24	8	4	1	0	1	38	1.82
Contaduría	4	2	1	0	0	0	7	2.00
I. de Sistemas	11	7	0	1	0	0	19	1.79
Mecánica	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Electrónica	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Psicología	21	20	2	1	0	0	44	2.02
Derecho	22	18	1	0	0	0	41	1.51
C.de la Comunicación	20	15	3	2	0	0	40	2.38
Marketing	6	6	5	0	0	0	17	3.41
R. Internacionales	4	5	2	0	0	0	11	2.82
Varías	9	2	1	0	0	0	12	1.17
Total	134	100	23	5	1	4	267	2.12

Tabla de Porcentajes Femenina

No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contesto	Total
30.43	39.13	13.04	0.00	4.35	13.04	100.00
40.00	53.33	8.87	0.00	0.00	0.00	100.00
63.16	21.05	10.53	2.63	0.00	2.63	100.00
57.14	28.57	14.29	0.00	0.00	0.00	100.00
57.89	36.84	0.00	5.26	0.00	0.00	100.00
0.00	0	0	0	0	0	0.00
0.00	0	0	0	0	0	0.00
47.73	45.45	4.55	2.27	0.00	0.00	100.00
53.66	43.90	2.44	0.00	0.00	0.00	100.00
50.00	37.50	7.50	5.00	0.00	0.00	100.00
35.29	35.29	29.41	0.00	0.00	0.00	100.00
36.36	45.45	18.18	0.00	0.00	0.00	100.00
75.00	16.67	8.33	0.00	0.00	0.00	100.00
50.19	37.45	8.61	1.87	0.37	1.50	100.00

Tabla 11a Que tiempo tienes de fumar

Tabla de Población Masculina

Carrera	No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contexto	Total	x (media)
Administración	11	12	4	1	0	1	29	2.79
Arquitectura	8	8	6	0	1	0	23	3.83
Diseño Grafico	14	4	3	0	0	0	21	1.71
Contaduría	4	5	3	0	0	0	12	3.25
I. de Sistemas	24	13	9	1	0	0	47	2.64
Mecánica	3	6	2	0	0	0	11	3.09
Electrónica	12	8	4	0	0	0	24	2.33
Psicología	5	2	1	0	0	0	8	1.75
Derecho	12	11	8	0	0	0	29	2.79
C.de la Comunicación	16	2	3	0	0	0	21	2.52
Marketing	12	9	7	0	0	1	29	1.76
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Varías	8	3	3	1	0	0	15	3.54
Total	127	83	51	3	1	2	267	2.97

Tabla de Porcentajes Masculina

No fuma	1-5	6-10	11-15	Más de 15	No contexto	Total
37.93	41.38	13.79	3.45	0.00	3.45	100.00
34.78	34.78	26.09	0.00	4.35	0.00	100.00
66.67	19.05	14.29	0.00	0.00	0.00	100.00
33.33	41.67	25.00	0.00	0.00	0.00	100.00
51.06	27.66	19.15	2.13	0.00	0.00	100.00
27.27	54.55	18.18	0.00	0.00	0.00	100.00
50.00	33.33	16.67	0.00	0.00	0.00	100.00
62.50	25.00	12.50	0.00	0.00	0.00	100.00
41.28	37.93	26.89	0.00	0.00	0.00	100.00
48.48	27.27	21.21	0.00	0.00	3.03	100.00
70.59	11.76	17.65	0.00	0.00	0.00	100.00
0	0	0	0	0	0	0.00
46.15	23.08	23.08	7.69	0.00	0.00	100.00
47.57	31.09	18.10	1.12	0.37	0.75	100.00

Tabla 12 Que opinas de que este prohibido fumar dentro de las instalaciones de la U.V.M.

Tabla de Población Femenina

Carrera	Acertada	Poco acertada	No acertada	No fuma	No contesto	Total
Administración	9	4	7	3	0	23
Arquitectura	5	6	4	0	0	15
Diseño Grafico	17	15	5	0	1	38
Contaduría	4	1	2	0	0	7
I. de Sistemas	15	2	2	0	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0	0
Psicología	23	15	5	1	0	44
Derecho	25	7	6	0	1	41
C.de la Comunicación	16	12	9	0	1	40
Mercadotecnia	4	6	6	0	1	17
R. Internacionales	3	3	4	1	0	11
Varias	8	2	1	1	0	12
Total	131	73	53	6	4	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Acertada	Poco acertada	No acertada	No fuma	No contesto	Total
30.13	17.39	30.43	13.04	0.00	100
33.33	40.00	26.67	0.00	0.00	100
44.74	39.47	13.18	0.00	2.63	100
57.14	14.29	28.57	0.00	0.00	100
78.95	10.53	10.53	0.00	0.00	100
0.00	0	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0	0
52.27	34.09	11.36	2.27	0.00	100
60.98	17.07	19.51	0.00	2.44	100
45.00	30.00	22.50	0.00	2.50	100
23.53	35.29	35.29	0.00	5.88	100
27.27	27.27	36.36	9.09	0.00	100
66.67	16.67	8.33	6.33	0.00	100
49.08	27.34	19.85	2.25	1.50	100

Tabla 12a Que opinas de que este prohibido fumar dentro de las instalaciones de la U.V.M.

Tabla de Población Masculina

Carrera	Acertada	Poco acertada	No acertada	No fuma	No contesto	Total
Administración	10	11	7	0	1	29
Arquitectura	8	6	9	0	0	23
Diseño Grafico	12	5	3	0	1	21
Contaduría	7	4	1	0	0	12
I. de Sistemas	30	14	3	0	0	47
I. Mecanica	5	2	4	0	0	11
I. Electronica	8	10	6	0	0	24
Psicología	4	2	2	0	0	8
Derecho	17	5	6	0	1	29
C.de la Comunicación	14	10	8	0	1	33
Mercadotecnia	8	3	6	0	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0	0
Varias	9	2	2	0	0	13
Total	132	74	67	8	4	267

Tabla de Porcentajes Masculina

Acertada	Poco acertada	No acertada	No fuma	No contesto	Total
34.48	37.93	24.14	0.00	3.45	100
34.78	26.09	39.13	0.00	0.00	100
57.14	23.81	14.29	0.00	4.76	100
58.33	33.33	8.33	0.00	0.00	100
63.83	29.79	6.36	0.00	0.00	100
45.45	18.18	36.36	0.00	0.00	100
33.33	41.67	25.00	0.00	0.00	100
50.00	25.00	25.00	0.00	0.00	100
58.62	17.24	20.89	0.00	3.45	100
42.42	30.30	24.24	0.00	3.03	100
47.06	17.65	35.29	0.00	0.00	100
0	0	0	0	0	0
69.23	15.38	15.38	0.00	0.00	100
49.44	27.72	21.35	0.00	1.50	100

Tabla 13 Has intentado dejar de fumar

Tabla de Población Femenina

Carrera	SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	10	3	10	0	23
Arquitectura	7	2	6	0	15
Diseño Grafico	11	7	17	3	38
Contaduría	1	2	4	0	7
I. de Sistemas	5	3	11	0	19
I. Mecanica	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0
Psicología	14	12	18	0	44
Derecho	17	9	15	0	41
C.de la Comunicación	14	14	12	0	40
Mercadotecnia	9	3	5	0	17
R. Internacionales	6	2	3	0	11
Varias	3	0	9	0	12
Total	97	67	110	3	267

Tabla de Porcentajes Femenina

SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
43.48	13.04	43.48	0.00	100
46.67	13.33	40.00	0.00	100
28.95	18.42	44.74	7.89	100
14.29	28.57	57.14	0.00	100
26.32	15.79	57.89	0.00	100
0.00	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0
31.82	27.27	40.91	0.00	100
41.46	21.95	36.59	0.00	100
35.00	35.00	30.00	0.00	100
52.94	17.65	29.41	0.00	100
54.55	18.18	27.27	0.00	100
25.00	0.00	75.00	0.00	100
36.33	21.35	41.20	1.12	100

Tabla 13a Has intentado dejar de fumar

Tabla de Población Masculina

Carrera	SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	16	4	8	1	29
Arquitectura	14	5	4	0	23
Diseño Grafico	5	2	14	0	21
Contaduría	4	4	4	0	12
I. de Sistemas	19	4	24	0	47
I. Mecanica	4	4	3	0	11
I. Electronica	7	6	11	0	24
Psicología	4	1	3	0	8
Derecho	12	9	7	1	29
C.de la Comunicación	13	8	11	1	33
Mercadotecnia	4	3	10	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0
Varias	5	2	6	0	13
Total	107	52	105	3	267

Tabla de Porcentajes Masculina

SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
55.17	13.79	27.59	3.45	100
60.87	21.74	17.39	0.00	100
23.81	9.52	66.67	0.00	100
33.33	33.33	33.33	0.00	100
40.43	8.51	51.06	0.00	100
36.36	36.36	27.27	0.00	100
29.17	25.00	45.83	0.00	100
50.00	12.50	37.50	0.00	100
41.38	31.03	24.14	3.45	100
39.39	24.24	33.33	3.03	100
23.53	17.65	58.82	0.00	100
0	0	0	0	0
38.46	15.38	46.15	0.00	100
40.07	19.48	39.33	1.12	100

Tabla 14 Te gustaría que dentro de la U.V.M. existiera algún programa para disminuir el consumo de Alcohol y Tabaco

Tabla de Población Femenina

Carrera	SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	16	4	3	0	23
Arquitectura	14	1	0	0	15
Diseño Grafico	31	5	0	2	38
Contaduría	7	0	0	0	7
I. de Sistemas	18	1	0	0	19
I. Mecánica	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0
Psicología	40	3	1	0	44
Derecho	32	8	0	1	41
C.de la Comunicación	37	3	0	0	40
Mercadotecnia	13	3	0	1	17
R. Internacionales	8	2	1	0	11
Varias	11	1	0	0	12
Total	227	31	6	4	267

Tabla de Porcentajes Femenina

SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
69.57	17.39	13.04	0.00	100
93.33	6.67	0.00	0.00	100
81.58	13.16	0.00	5.26	100
100.00	0.00	0.00	0.00	100
94.74	5.26	0.00	0.00	100
0.00	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0
90.91	6.82	2.27	0.00	100
78.05	19.51	0.00	2.44	100
92.50	7.50	0.00	0.00	100
76.47	17.65	0.00	5.88	100
72.73	18.18	9.09	0.00	100
91.67	8.33	0.00	0.00	100
85.02	11.61	1.87	1.50	100

Tabla 14a Te gustaría que dentro de la U.V.M. existiera algún programa para disminuir el consumo de Alcohol y Tabaco

Tabla de Población Masculina

Carrera	SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	18	12	0	1	29
Arquitectura	20	2	0	1	23
Diseño Grafico	12	8	1	0	21
Contaduría	9	3	0	0	12
I. de Sistemas	39	8	0	0	47
I. Mecánica	8	3	0	0	11
I. Electronica	21	3	0	0	24
Psicología	7	1	0	0	8
Derecho	24	4	0	1	29
C.de la Comunicación	21	12	0	0	33
Mercadotecnia	14	3	0	0	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0
Varias	11	2	0	0	13
Total	202	61	1	3	267

Tabla de Porcentajes Masculina

SI	No	No Fuma	No Contesto	Total
55.17	41.38	0.00	3.45	100
86.96	8.70	0.00	4.35	100
57.14	38.10	4.76	0.00	100
75.00	25.00	0.00	0.00	100
82.98	17.02	0.00	0.00	100
72.73	27.27	0.00	0.00	100
87.50	12.50	0.00	0.00	100
87.50	12.50	0.00	0.00	100
82.76	13.79	0.00	3.45	100
63.64	36.36	0.00	0.00	100
82.35	17.65	0.00	0.00	100
0	0	0	0	0
84.62	15.38	0.00	0.00	100
76.66	22.85	0.37	1.12	100

Tabla 15 Cuando consumes alcohol tiendes a consumir más tabaco

Tabla de Población Femenina

Carrera	Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	11	9	3	0	23
Arquitectura	7	5	3	0	15
Diseño Grafico	8	18	1	11	38
Contaduría	2	2	3	0	7
I. de Sistemas	6	10	0	3	19
I. Mecánica	0	0	0	0	0
I. Electronica	0	0	0	0	0
Psicología	15	14	15	0	44
Derecho	10	19	11	1	41
C.de la Comunicación	17	6	17	0	40
Mercadotecnia	8	5	4	0	17
R. Internacionales	3	5	3	0	11
Varias	2	2	8	0	12
Total	89	96	68	16	267

Tabla de Porcentajes Femenina

Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
47.63	39.13	13.04	0.00	100
46.67	33.33	20.00	0.00	100
21.05	47.37	2.63	28.95	100
28.57	28.57	42.86	0.00	100
31.58	52.63	0.00	15.79	100
0.00	0	0	0	0
0.00	0	0	0	0
34.09	31.82	34.09	0.00	100
24.39	46.34	26.83	2.44	100
42.50	15.00	42.50	0.00	100
47.06	29.41	23.53	0.00	100
27.27	45.45	27.27	0.00	100
16.67	16.67	66.67	0.00	100
33.33	36.68	25.47	6.62	100

Tabla 15a Cuando consumes alcohol tiendes a consumir más tabaco

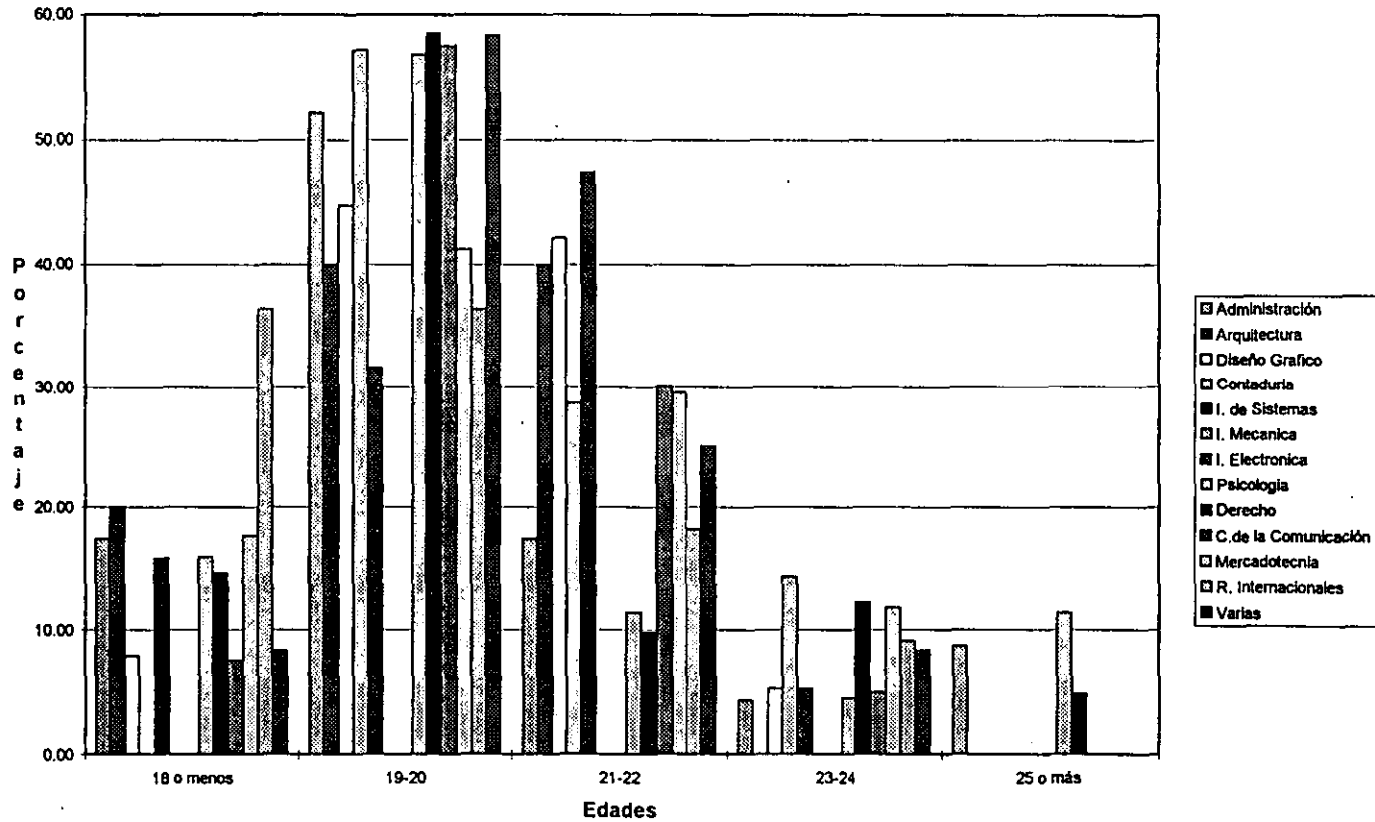
Tabla de Población Masculina

Carrera	Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
Administración	11	13	2	3	29
Arquitectura	12	11	0	0	23
Diseño Grafico	6	12	1	2	21
Contaduría	6	3	3	0	12
I. de Sistemas	19	4	24	0	47
I. Mecánica	7	2	2	0	11
I. Electronica	11	3	10	0	24
Psicología	1	6	0	1	8
Derecho	11	15	0	3	29
C.de la Comunicación	19	13	0	1	33
Mercadotecnia	5	9	1	2	17
R. Internacionales	0	0	0	0	0
Varias	6	1	6	0	13
Total	114	92	49	12	267

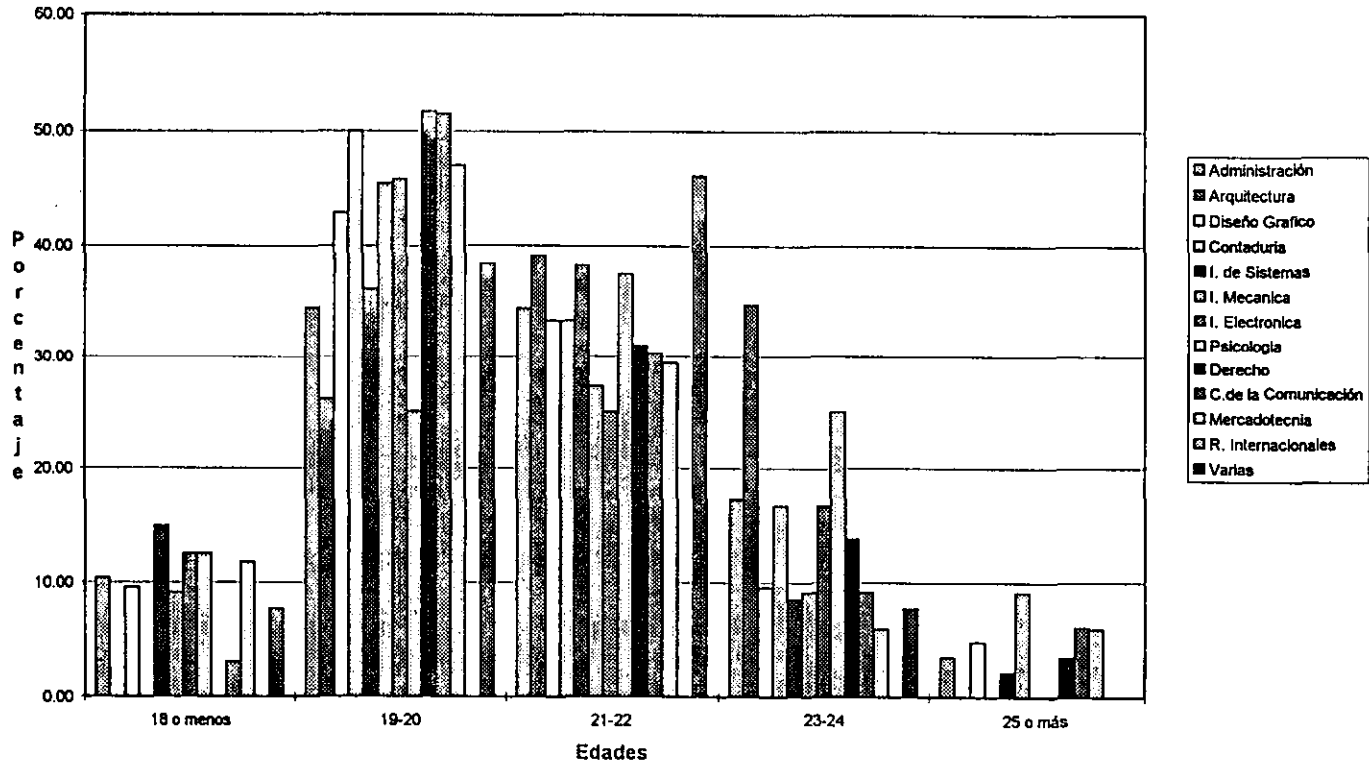
Tabla de Porcentajes Masculina

Si	No	No Fuma	No Contesto	Total
37.93	44.83	6.90	10.34	100
52.17	47.83	0.00	0.00	100
28.57	57.14	4.76	9.52	100
50.00	25.00	25.00	0.00	100
40.43	8.51	51.06	0.00	100
63.64	18.18	18.18	0.00	100
45.83	12.50	41.67	0.00	100
12.50	75.00	0.00	12.50	100
37.93	51.72	0.00	10.34	100
57.58	39.39	0.00	3.03	100
29.41	52.94	5.88	11.76	100
0	0	0	0	0
46.15	7.69	46.15	0.00	100
42.70	34.46	18.35	4.49	100

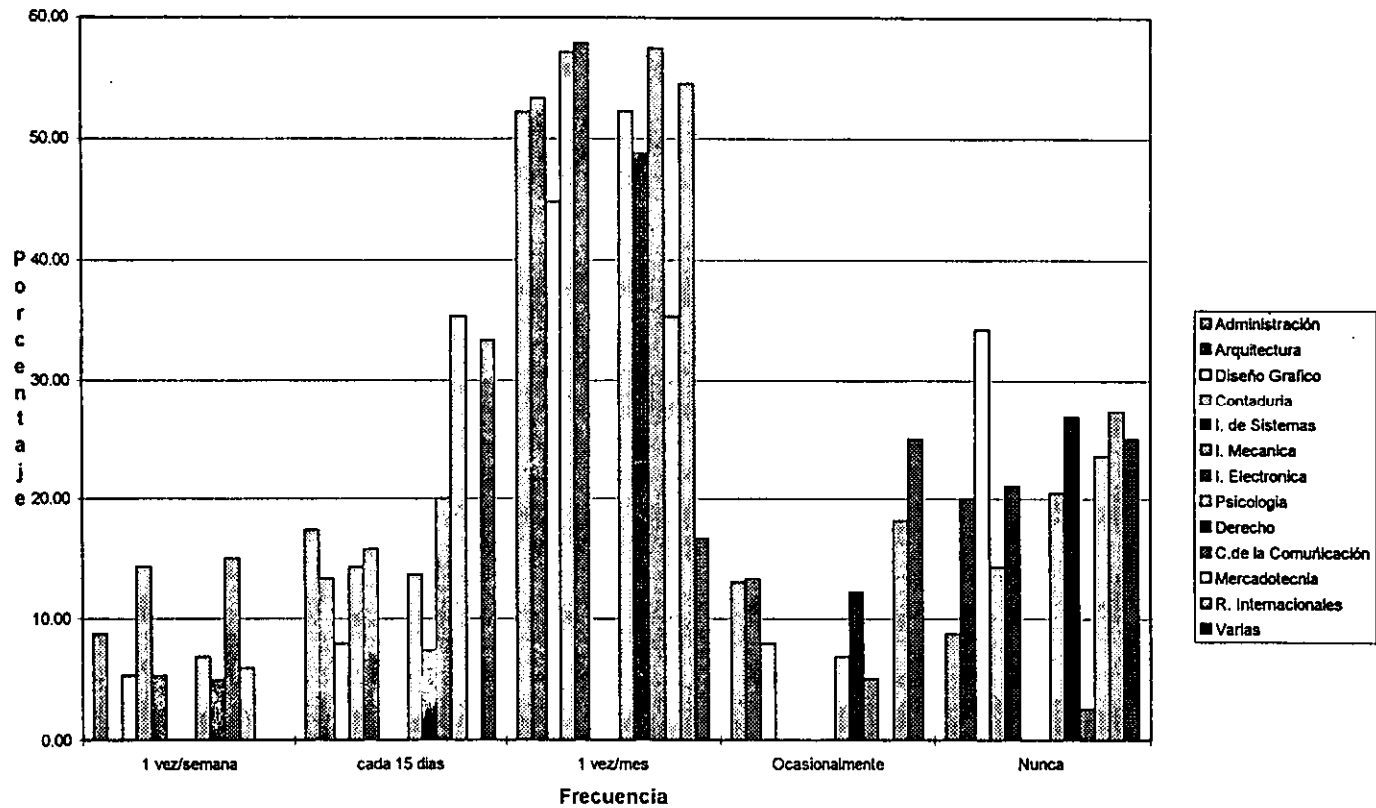
Gráfica 1 Edades de los Alumnos
(Población Femenina)



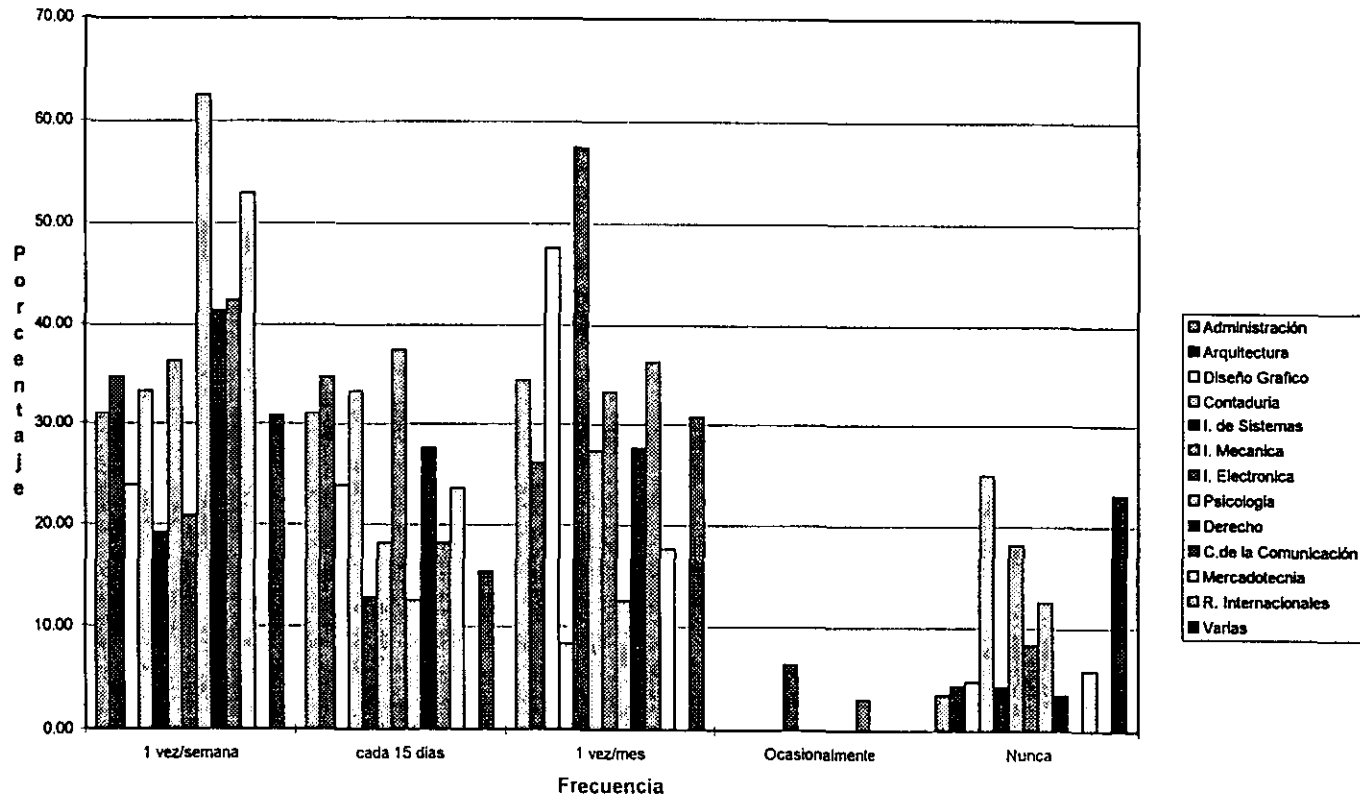
Gráfica 1a Edades de Alumnos
(Población Masculina)



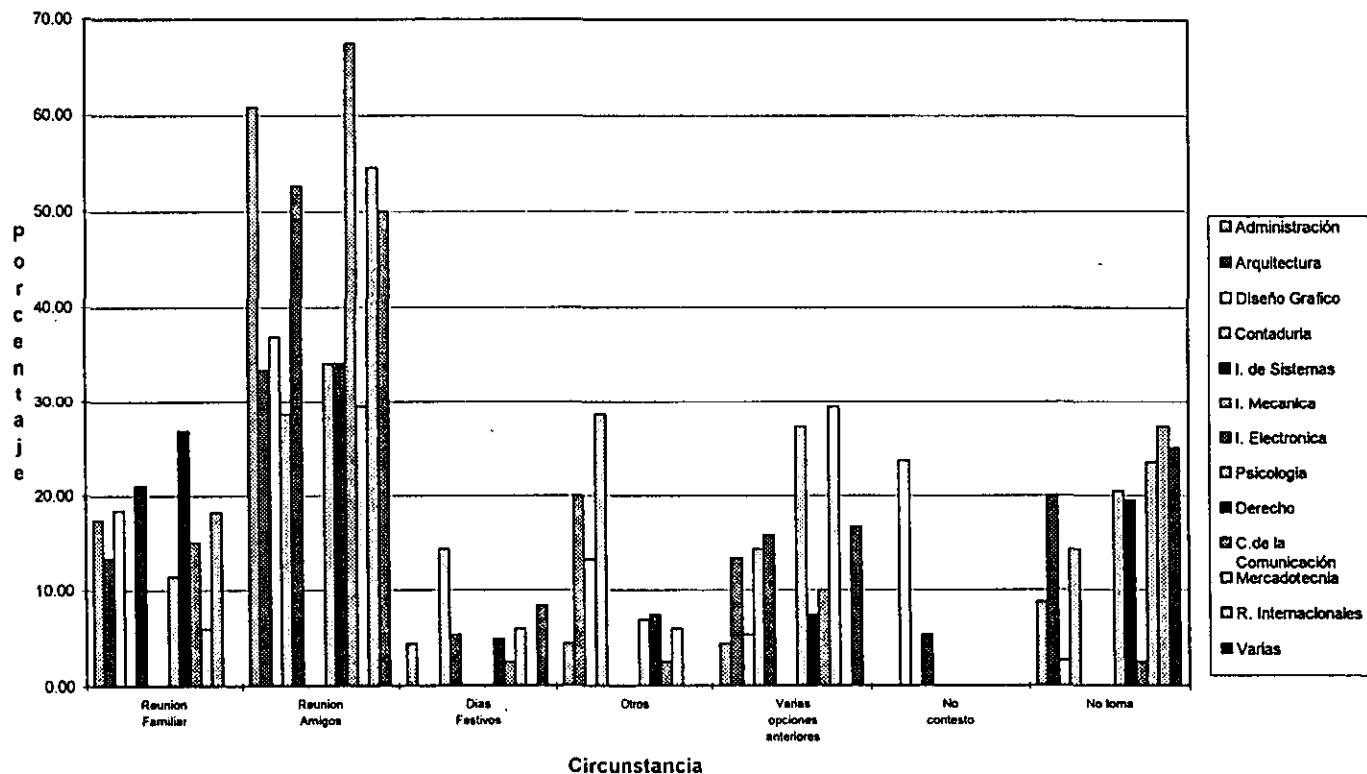
Gráfica 2 Frecuencia de Consumo de Alcohol
(Población Femenina)



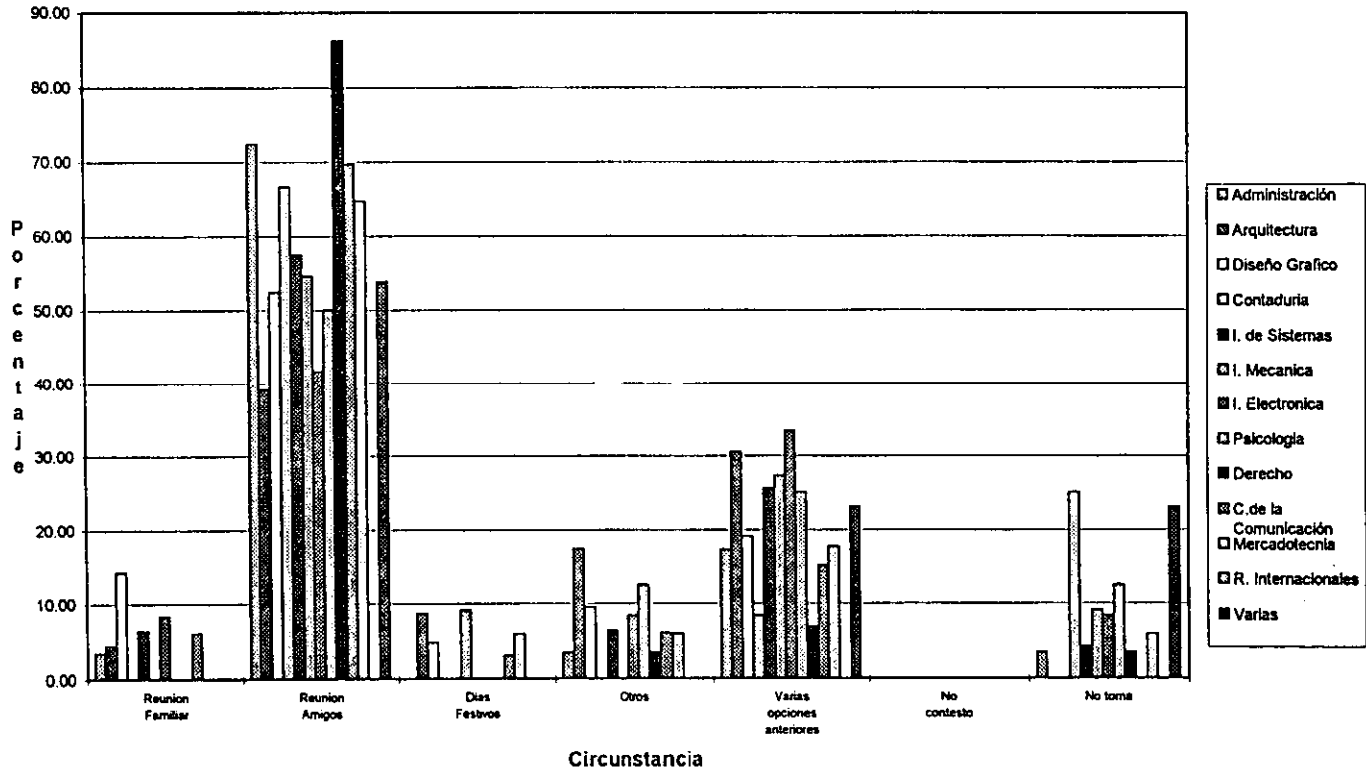
Gráfica 2a Frecuencia de Consumo de Alcohol
(Población Masculina)



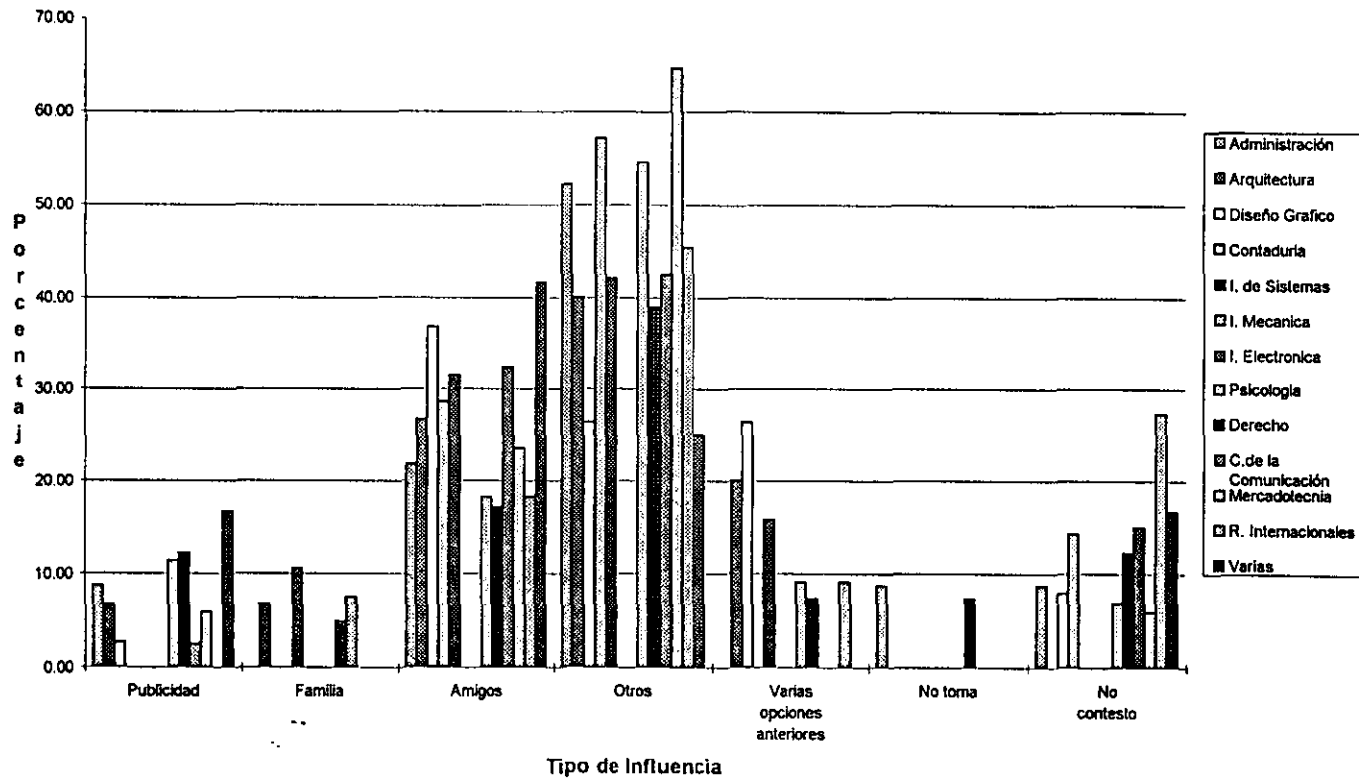
**Grafica 3 Circunstancias por Consumo de Alcohol
(Población Femenina)**



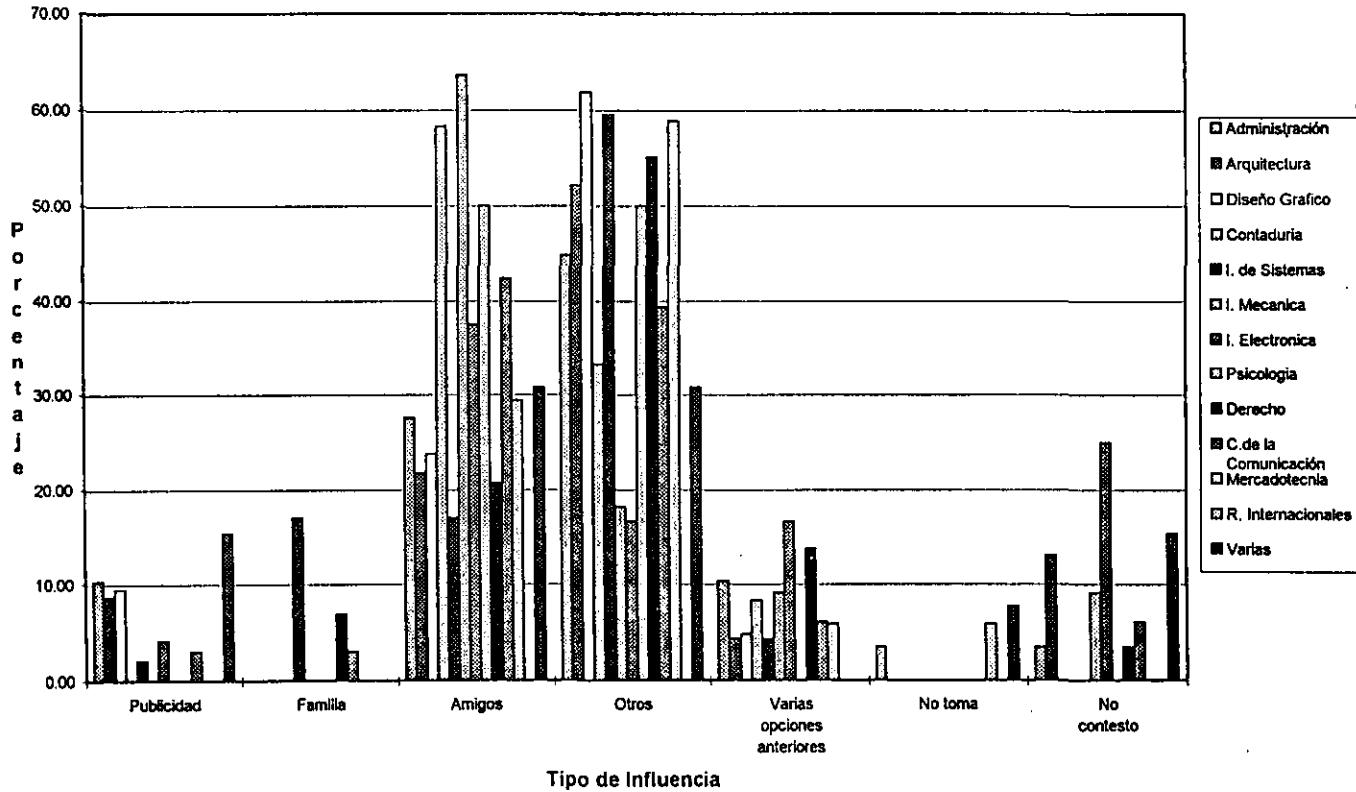
Gráfica 3a Circunstancias por Consumo de Alcohol
(Población Masculina)



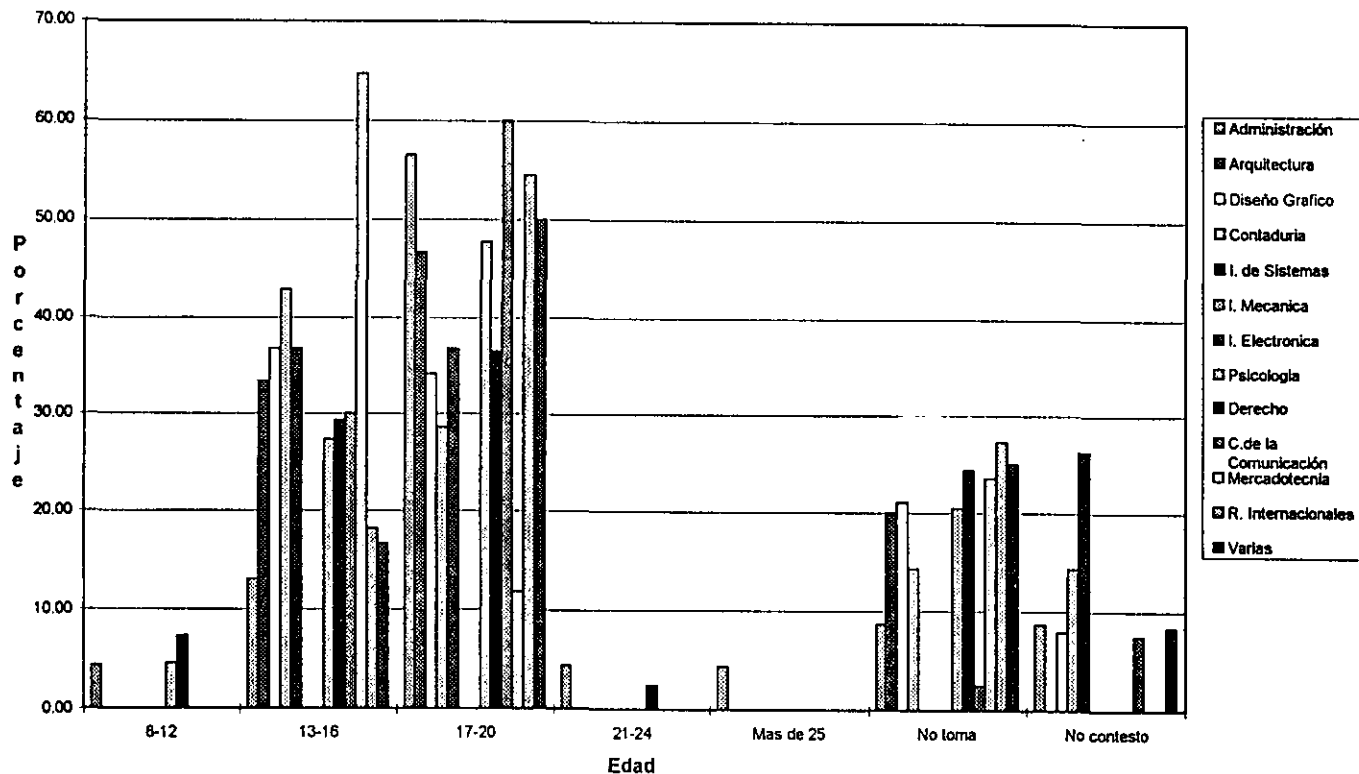
Gráfica 4 Influencia por Consumo de Alcohol
(Población Femenina)



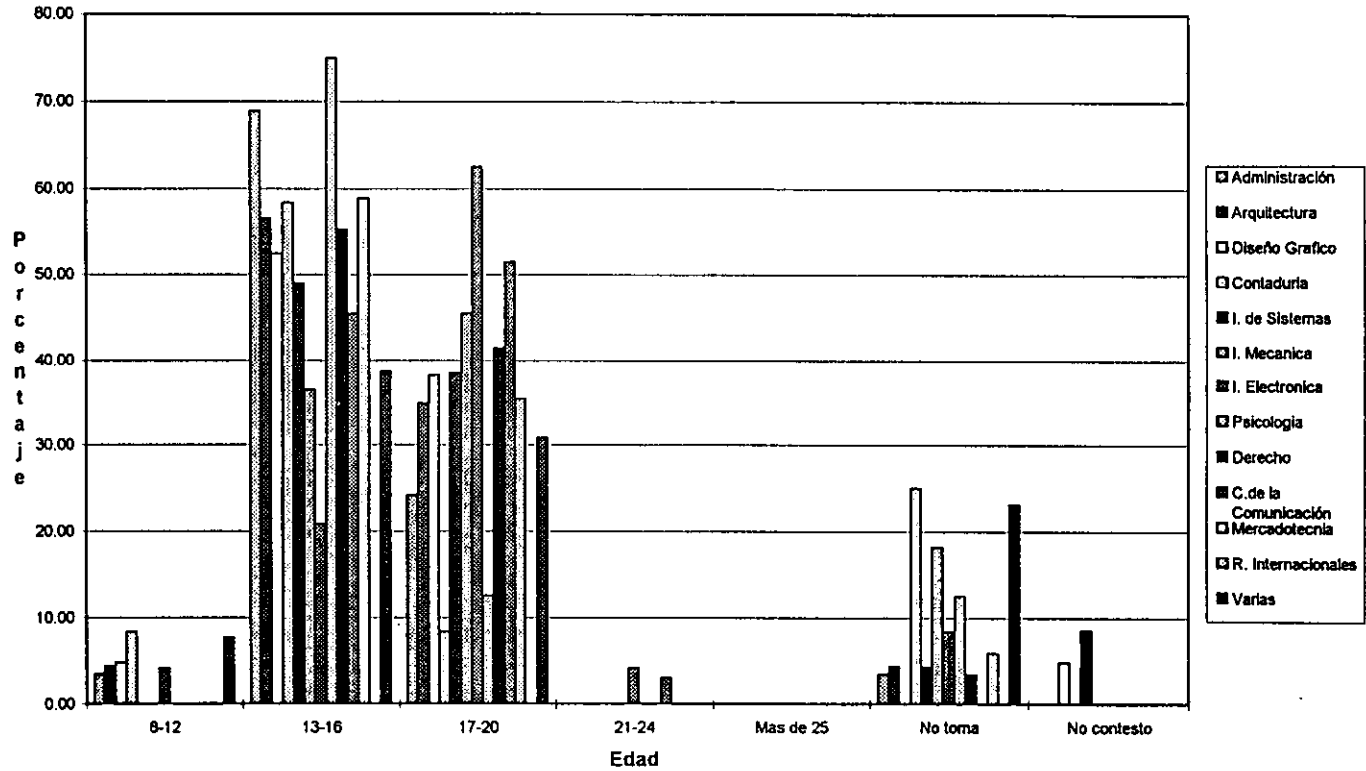
Gráfica 4a Influencia por consumo de Alcohol
(Población Masculina)



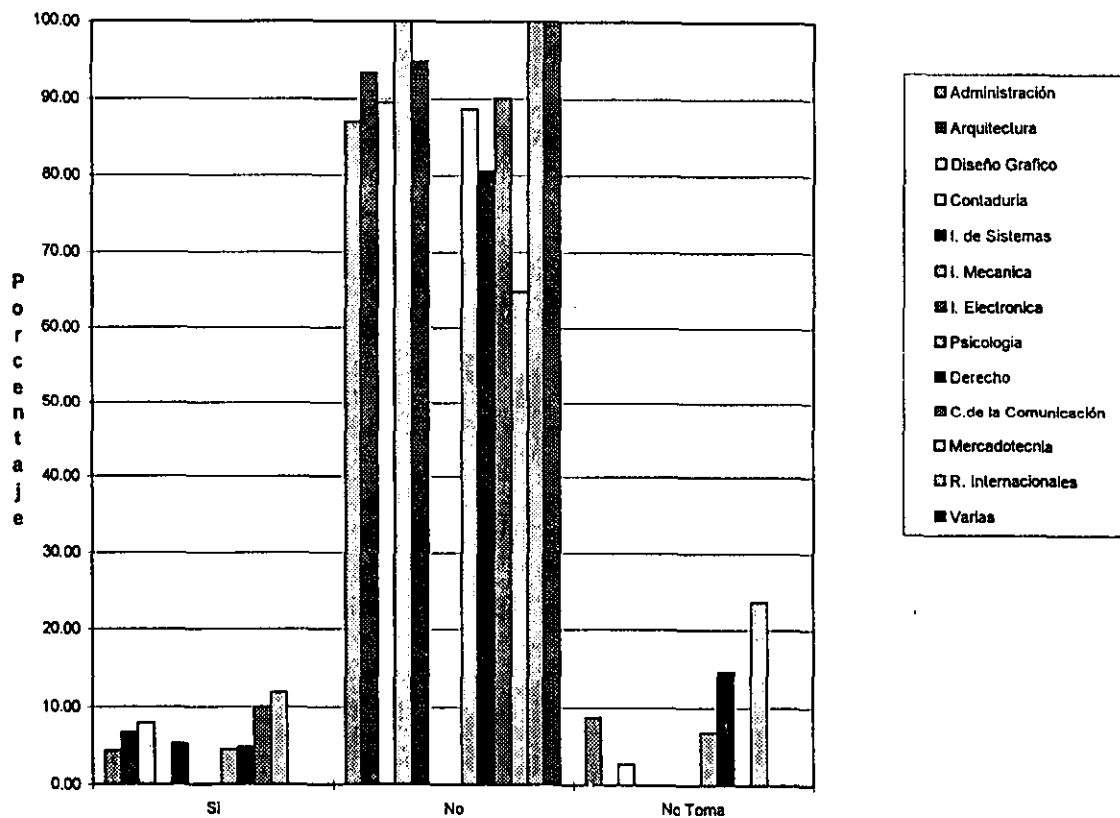
Gráfica 5 Edad de Inicio por Consumo de Alcohol
(Población Femenina)



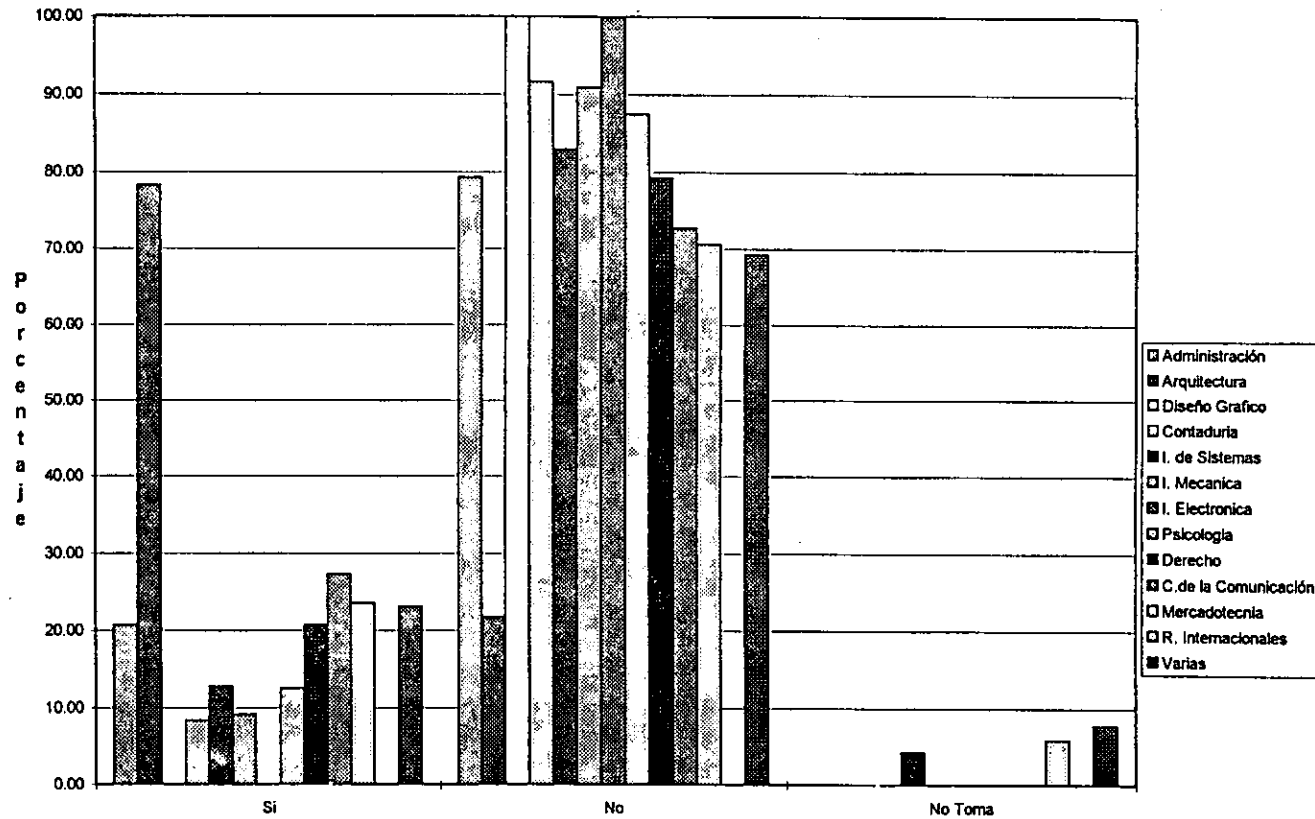
Gráfica 5a Edad de Inicio por Consumo de Alcohol
(Población Masculina)



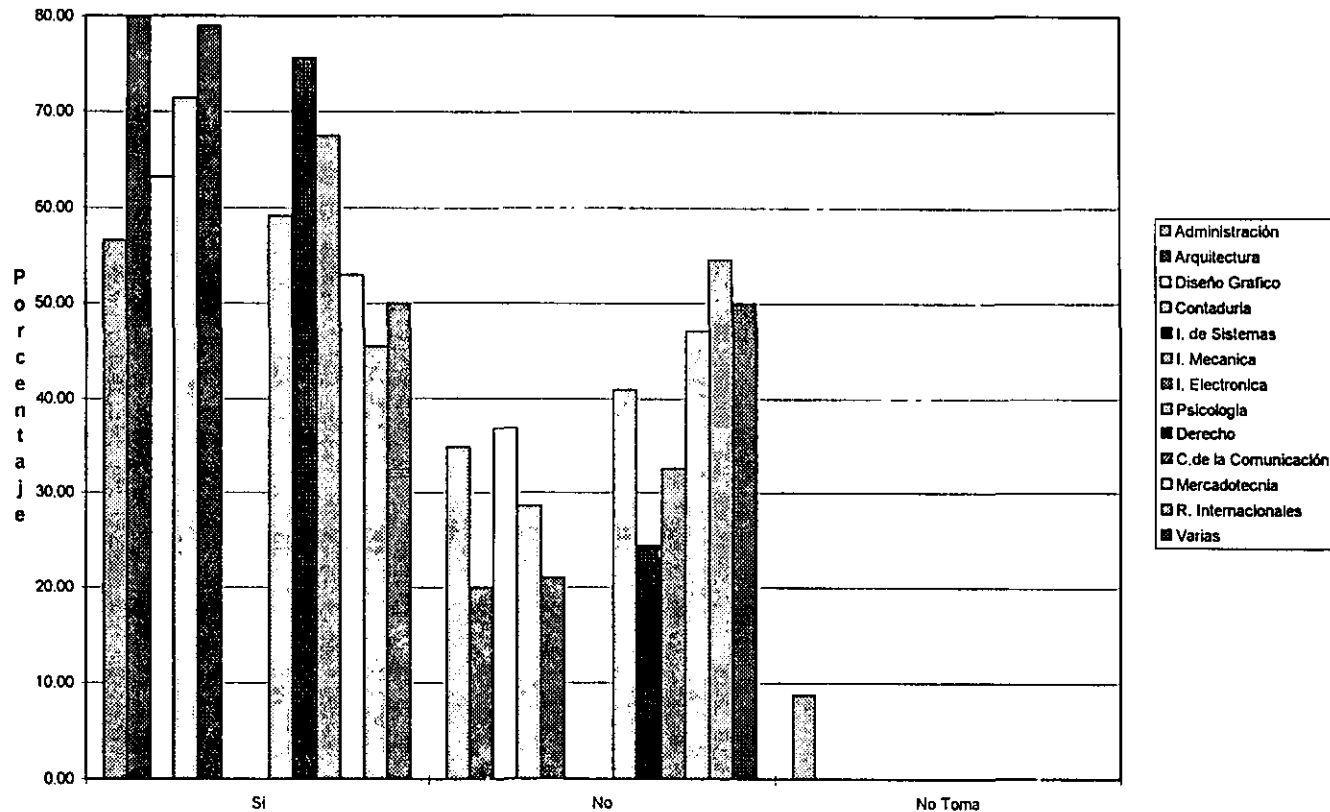
Gráfica 6 Problemas ocasionados por Consumo de Alcohol
(Población Femenina)



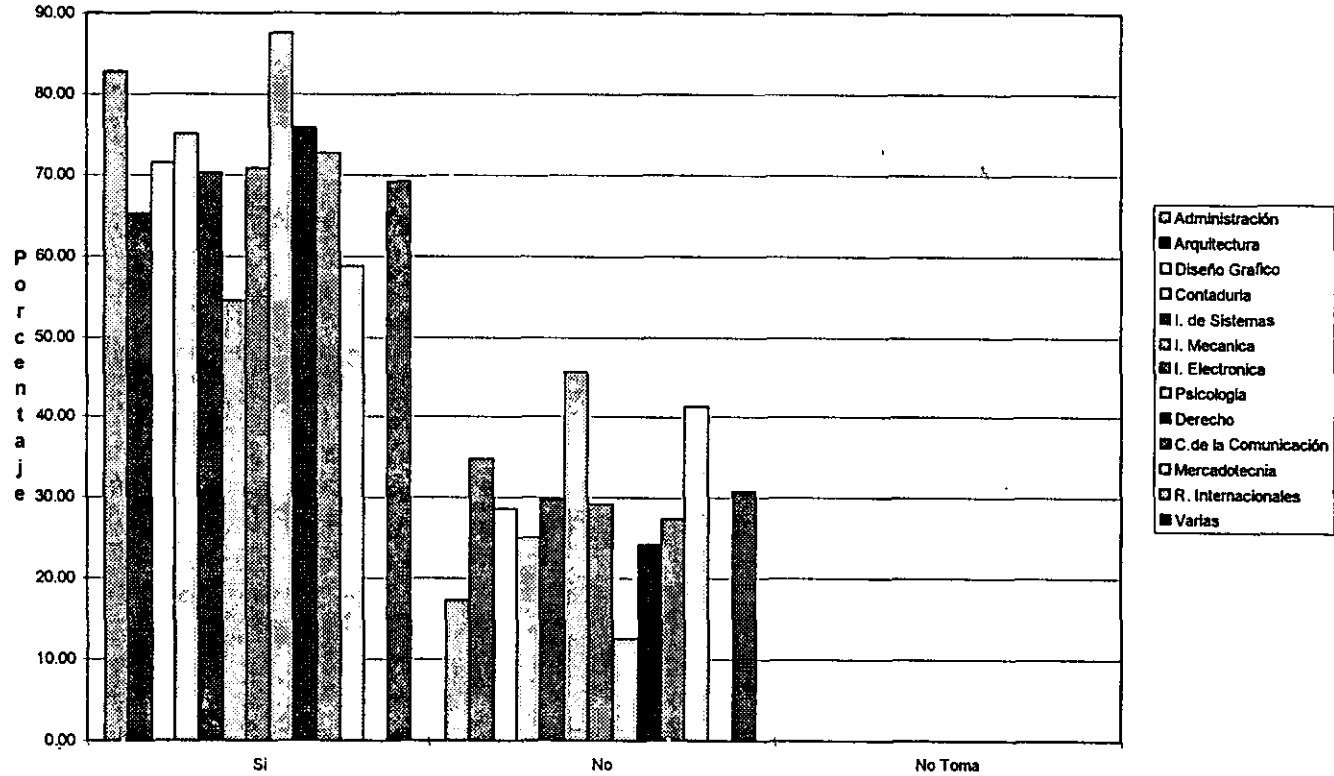
Gráfica 6a Problemas ocasionados por Consumo de Alcohol
(Población Masculina)



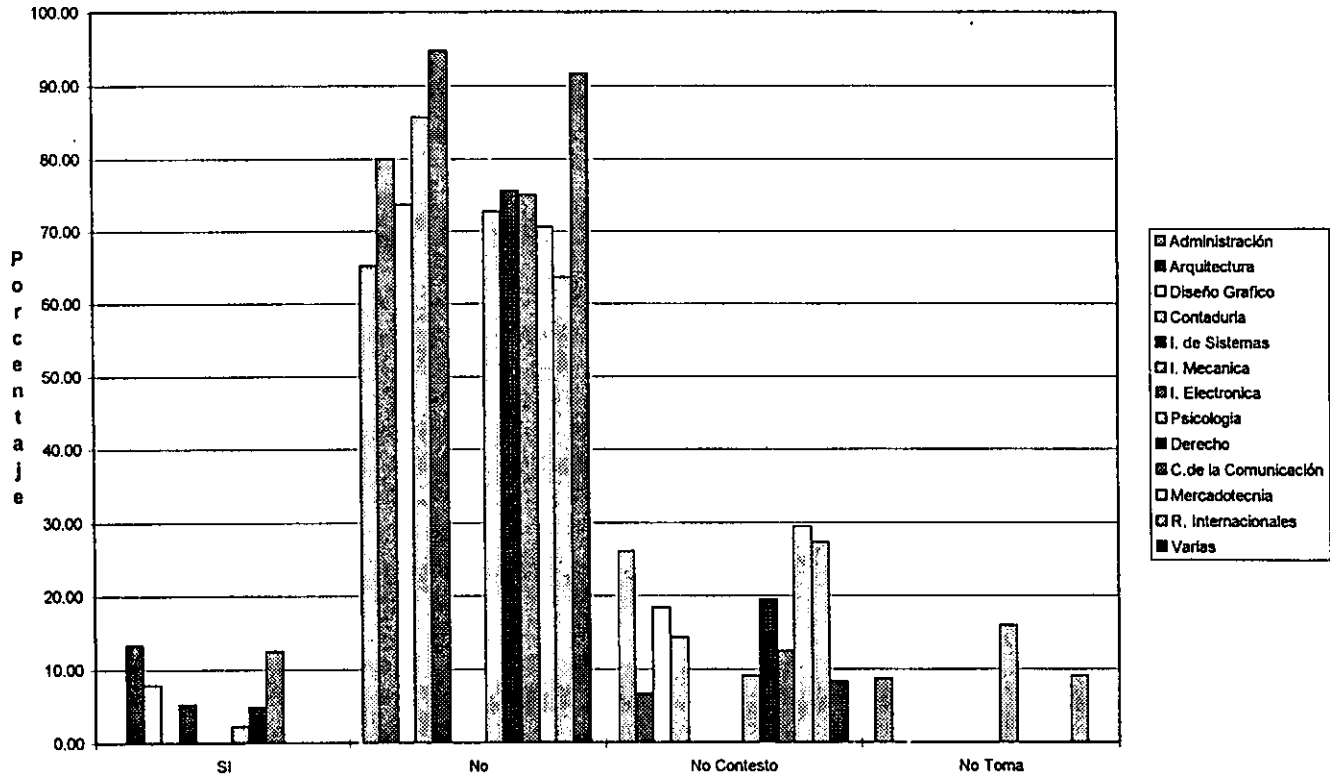
Gráfica 7 Algún miembro en tu familia Consume Alcohol
(Población Femenina)



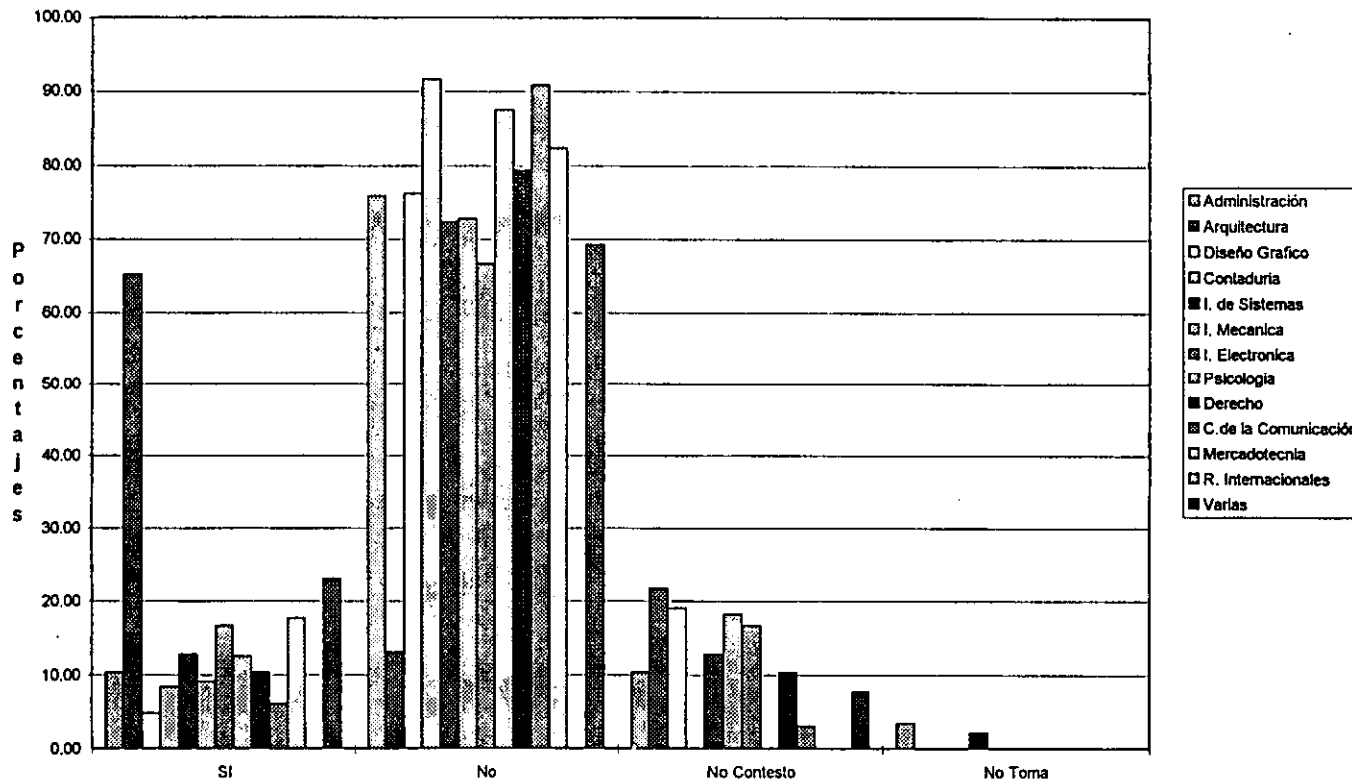
Gráfica 7a Algún miembro de tu familia consume Alcohol
(Población Masculina)



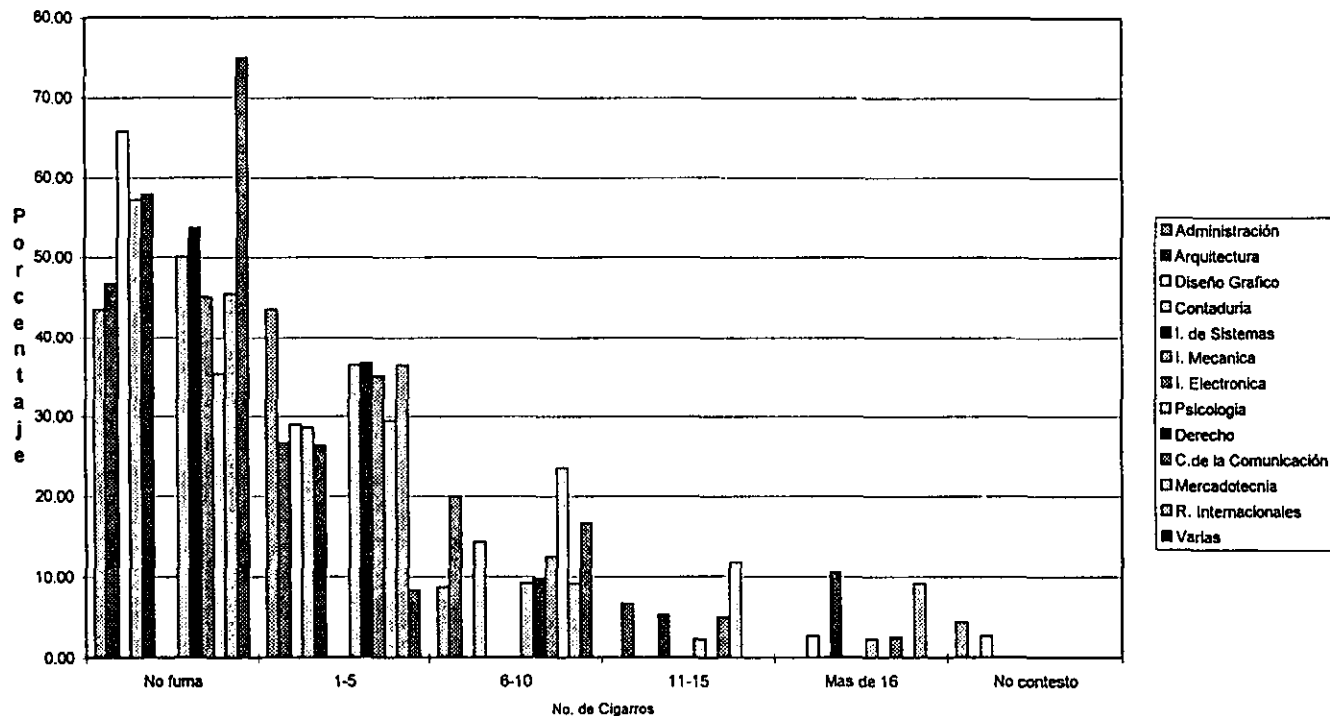
**Gráfica 8 Existe influencia de esa persona en tu propio Consumo de Alcohol
(Población Femenina)**



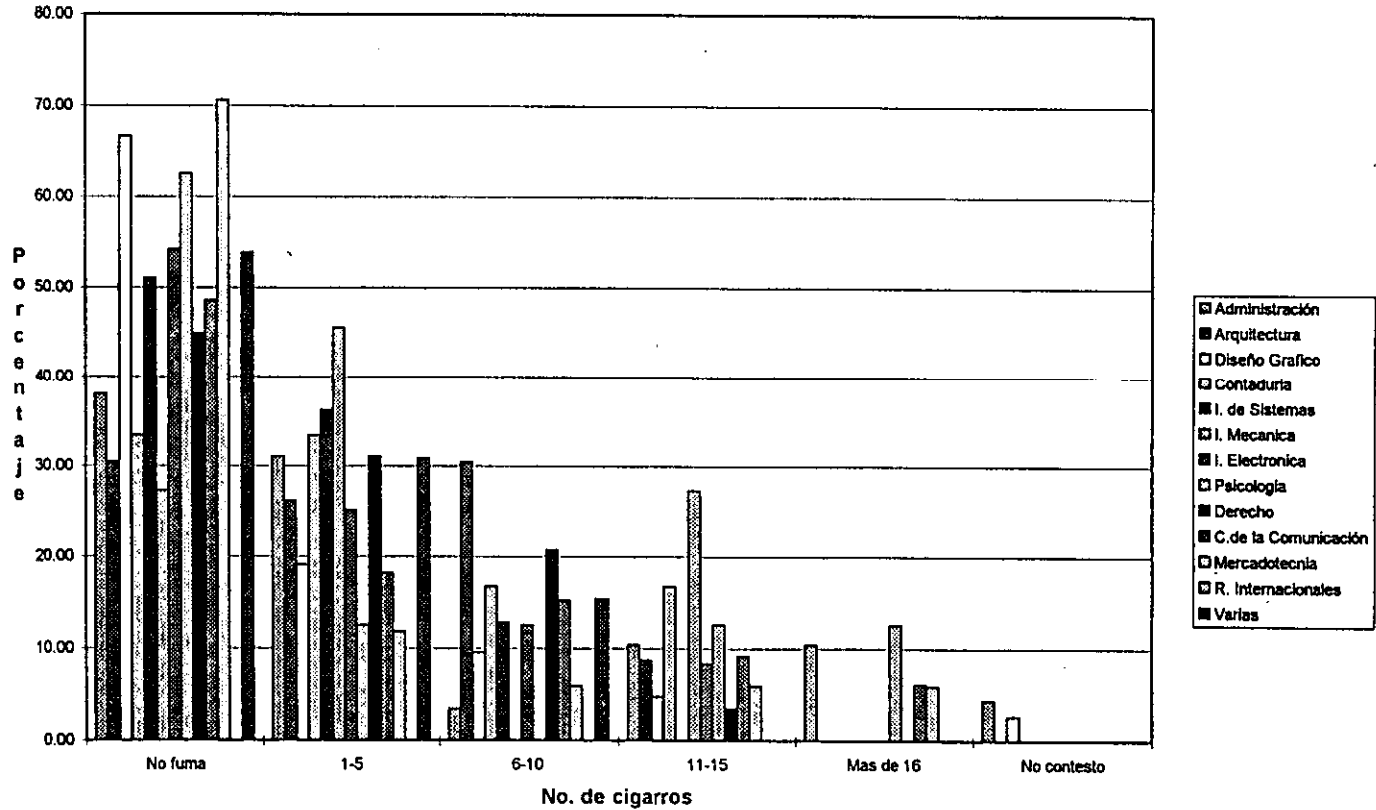
Gráfica 8a Existe influencia de esa persona en tu propio Consumo de Alcohol
(Población Masculina)



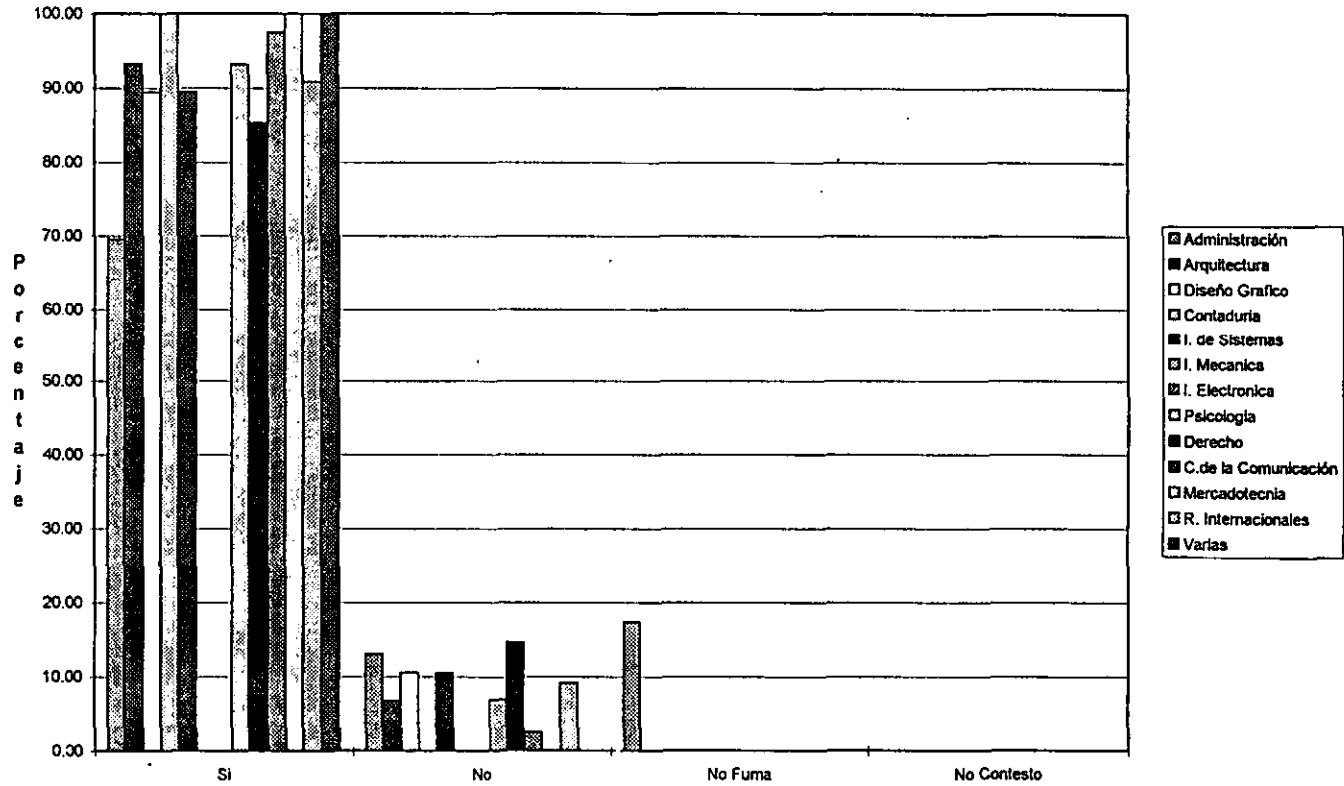
Gráfica 9 Cuantos cigarros fumas al día
(Población Femenina)



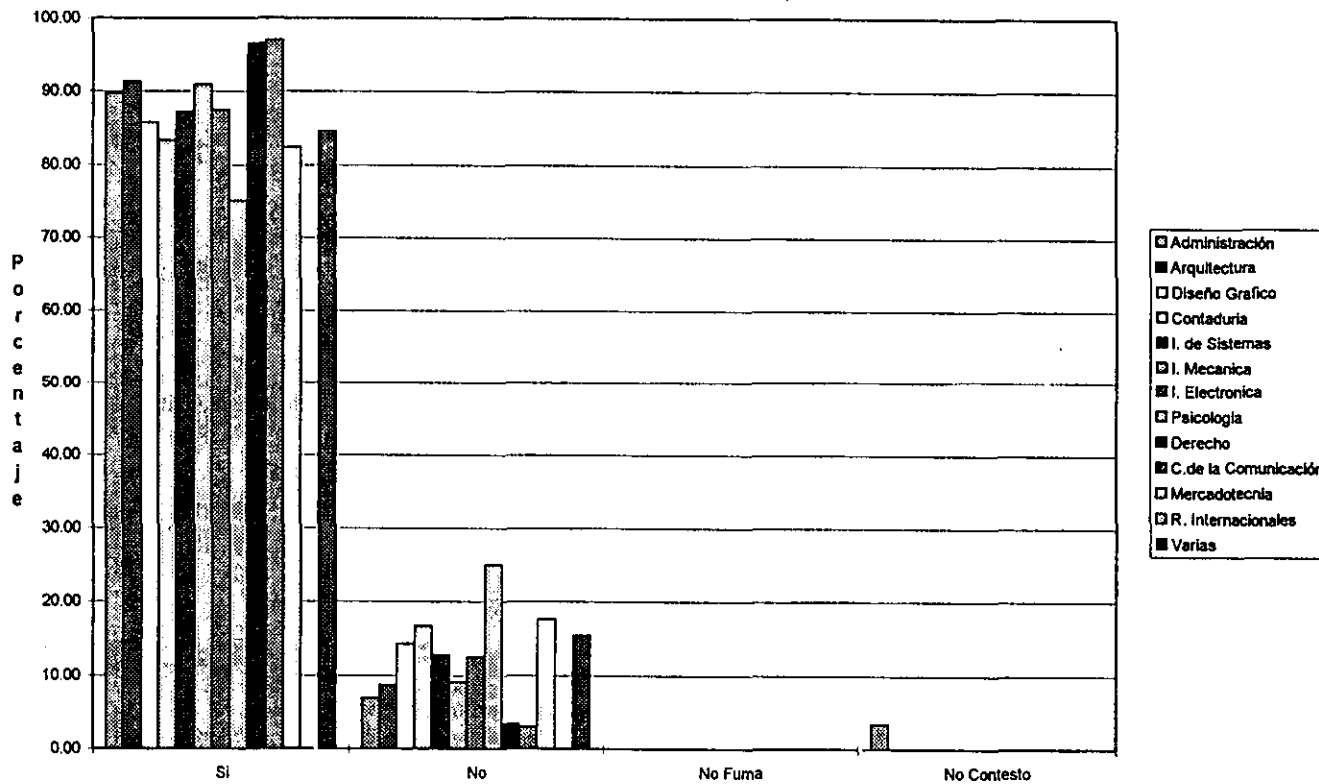
Gráfica 9a Cuantos cigarros fumas al día
(Población Masculina)



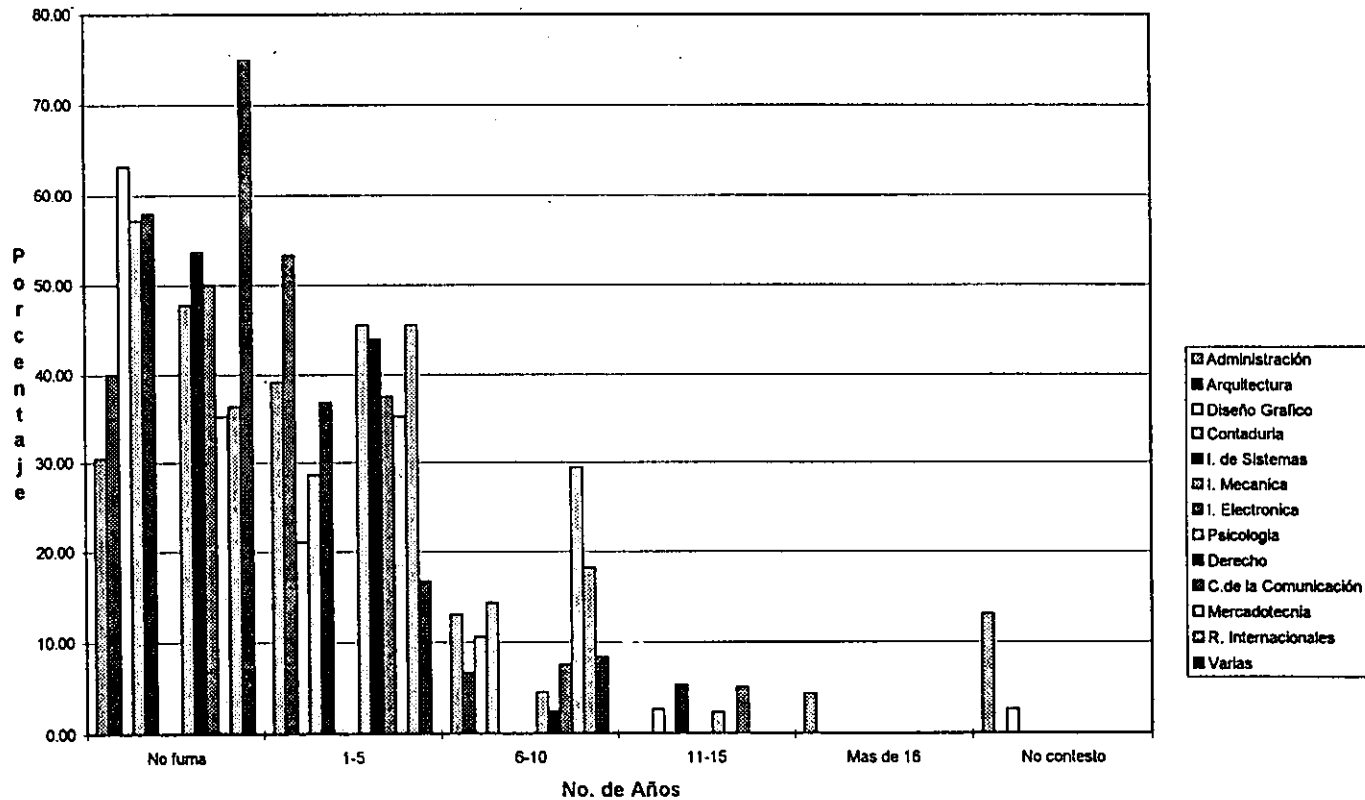
Gráfica 10 La gente a la que frecuentas o convives fuma
(Población Femenina)



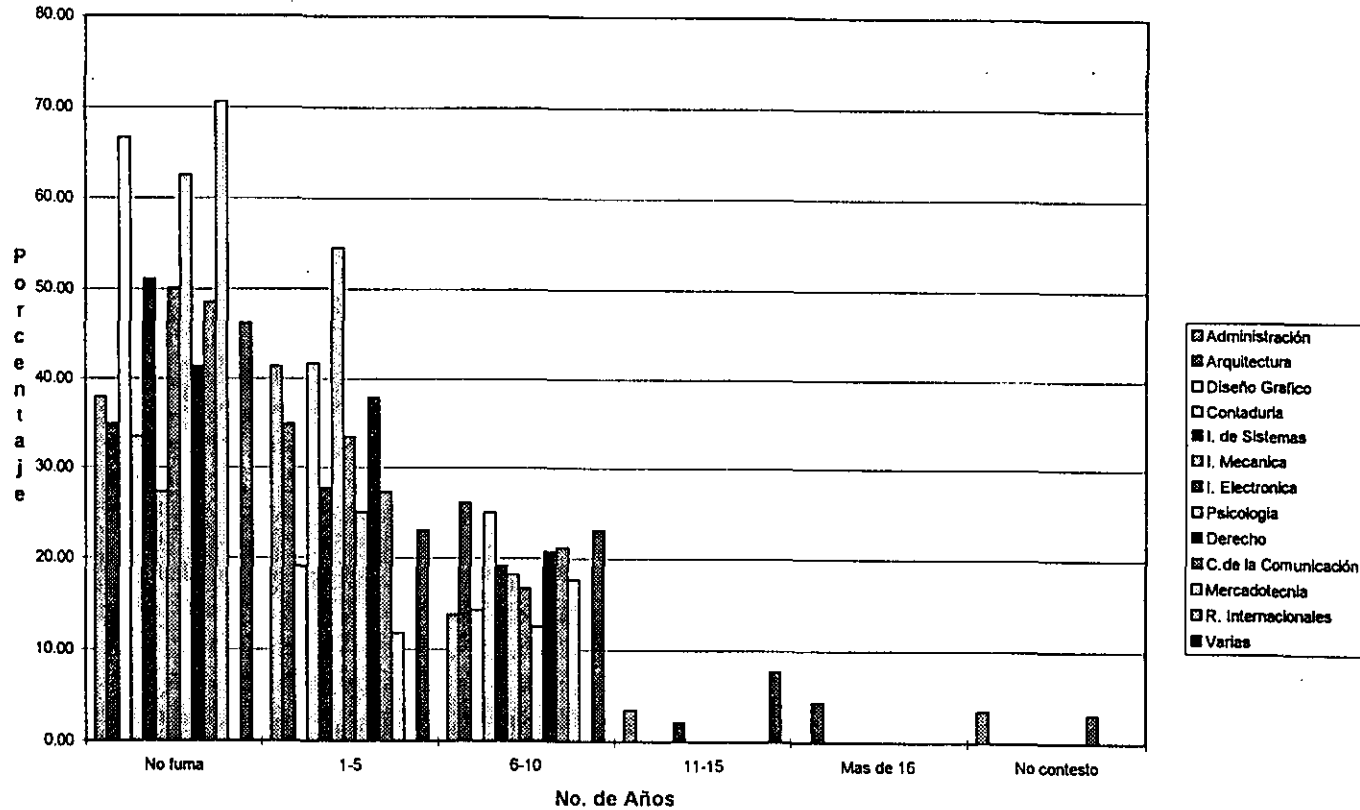
Gráfica 10a La gente a la que frecuentas o convives fuma
(Población Masculina)



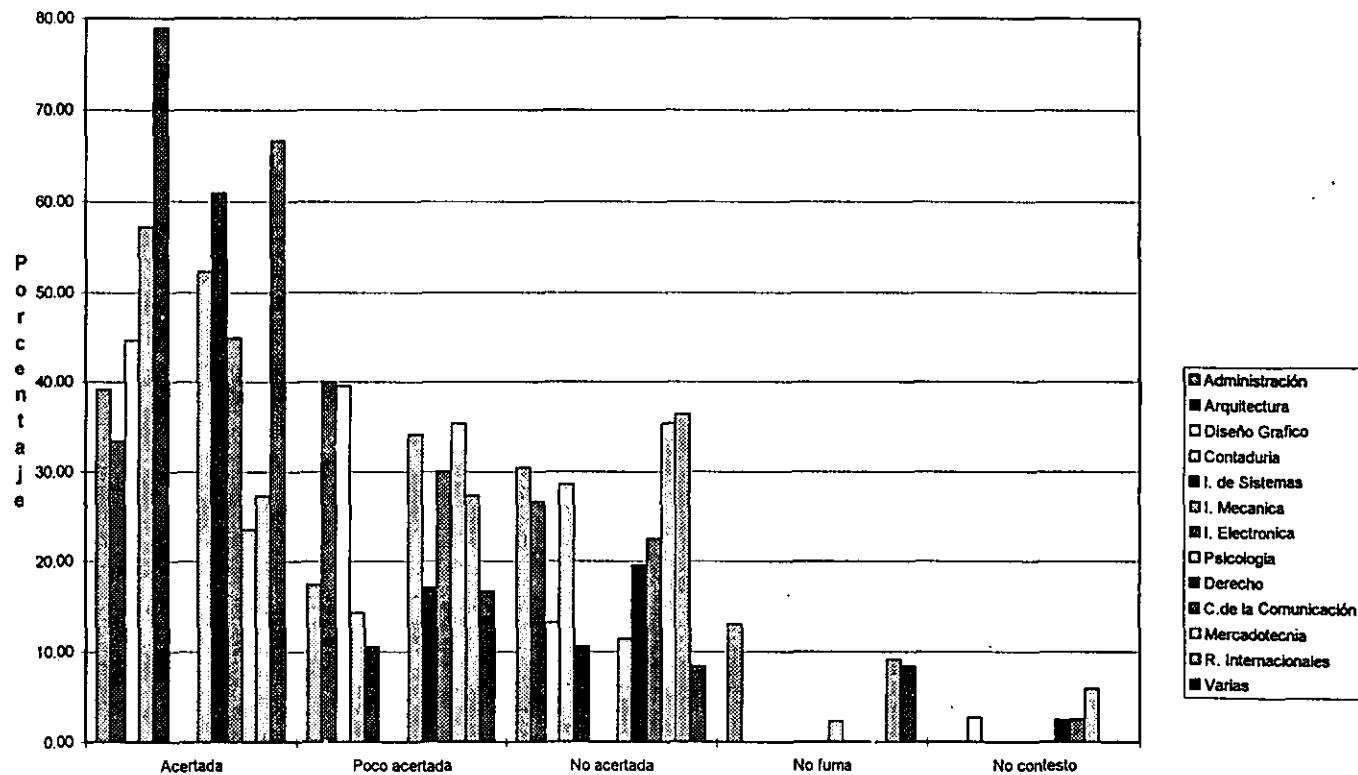
Gráfica 11 Que tiempo tienes de Fumar
(Población Femenina)



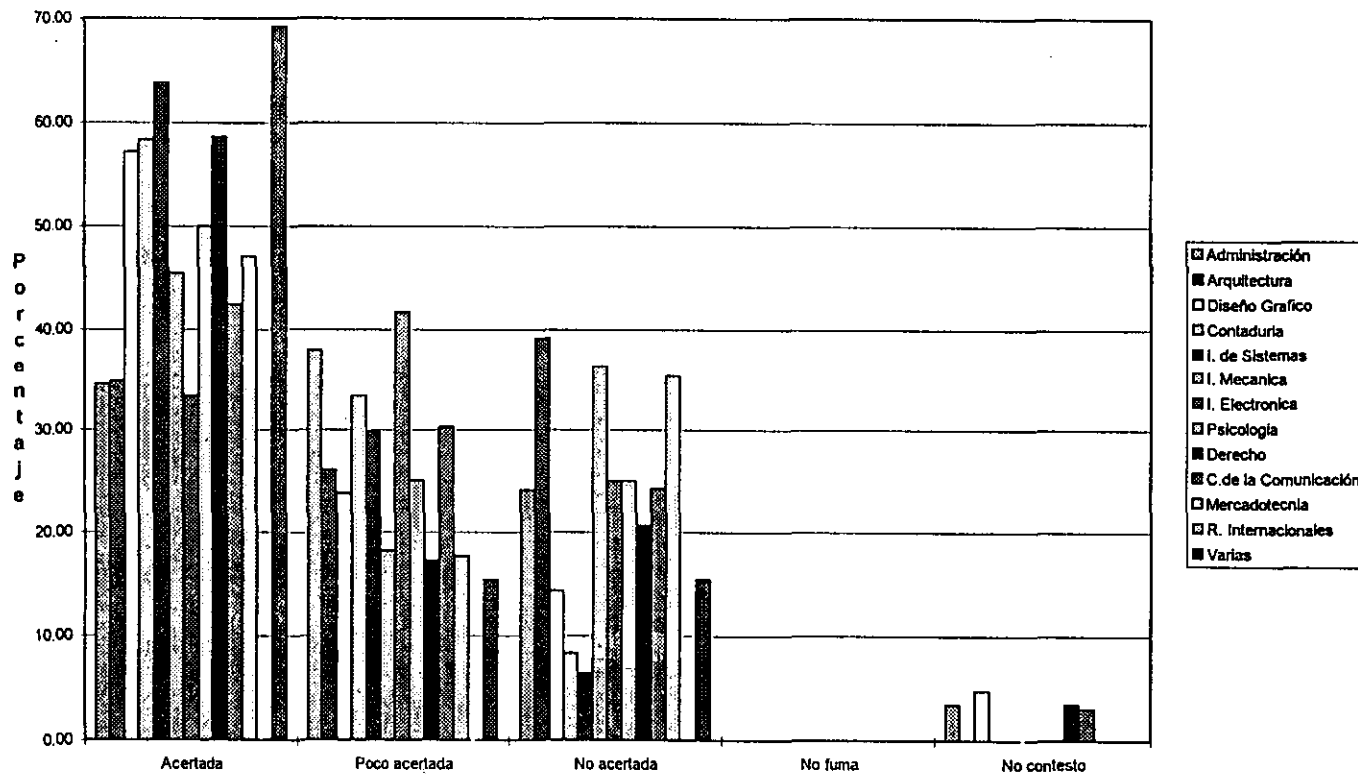
Gráfica 11a Que tiempo tienes de Fumar
(Población Masculina)



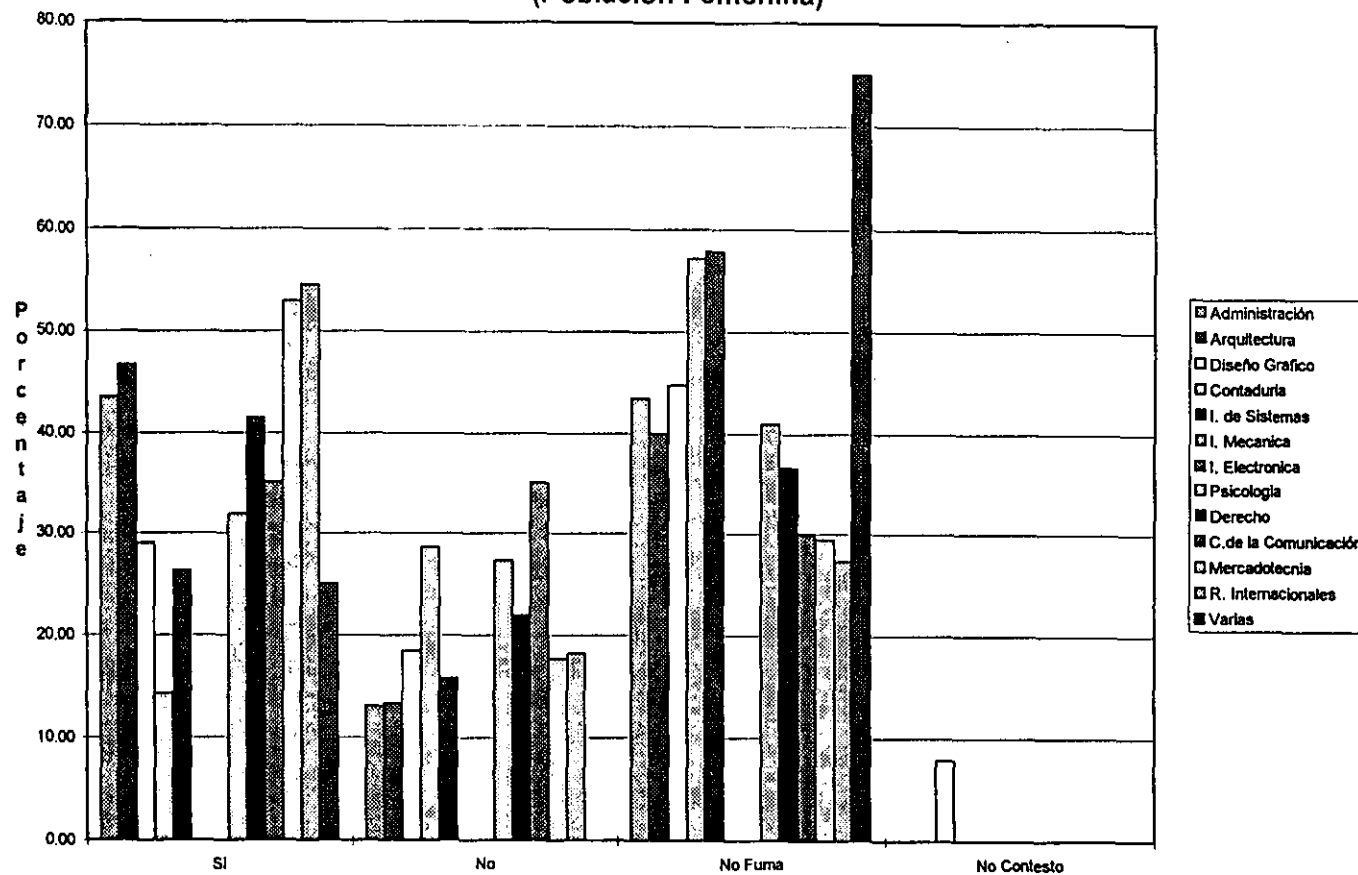
Gráfica 12 Que opinas de que este prohibido fumar dentro de las instalaciones de la U.V.M. (Población Femenina)



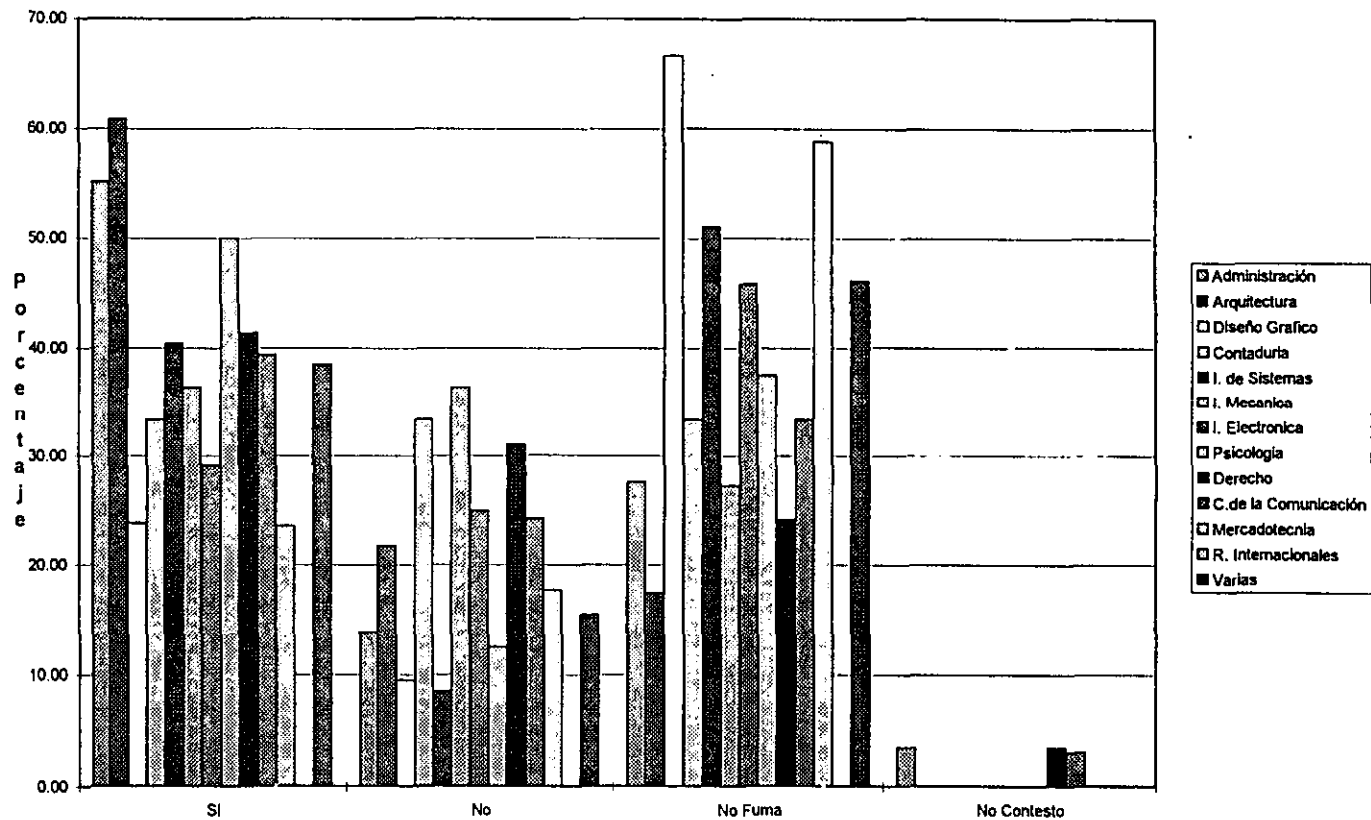
Gráfica 12a Que opinas de que este prohibido fumar dentro de las instalaciones de la U.V.M. (Población Masculina)



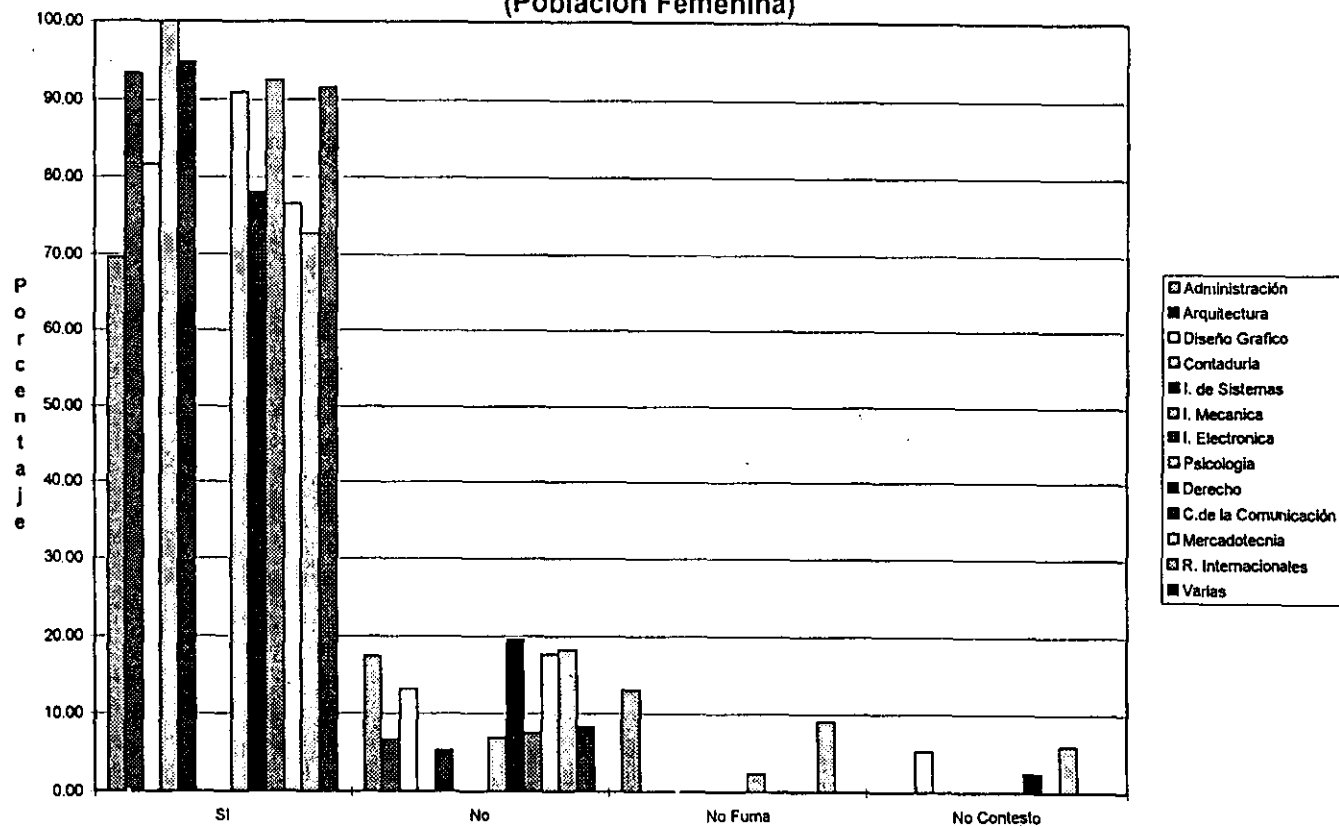
Gráfica 13 Has intentado dejar de Fumar
(Población Femenina)



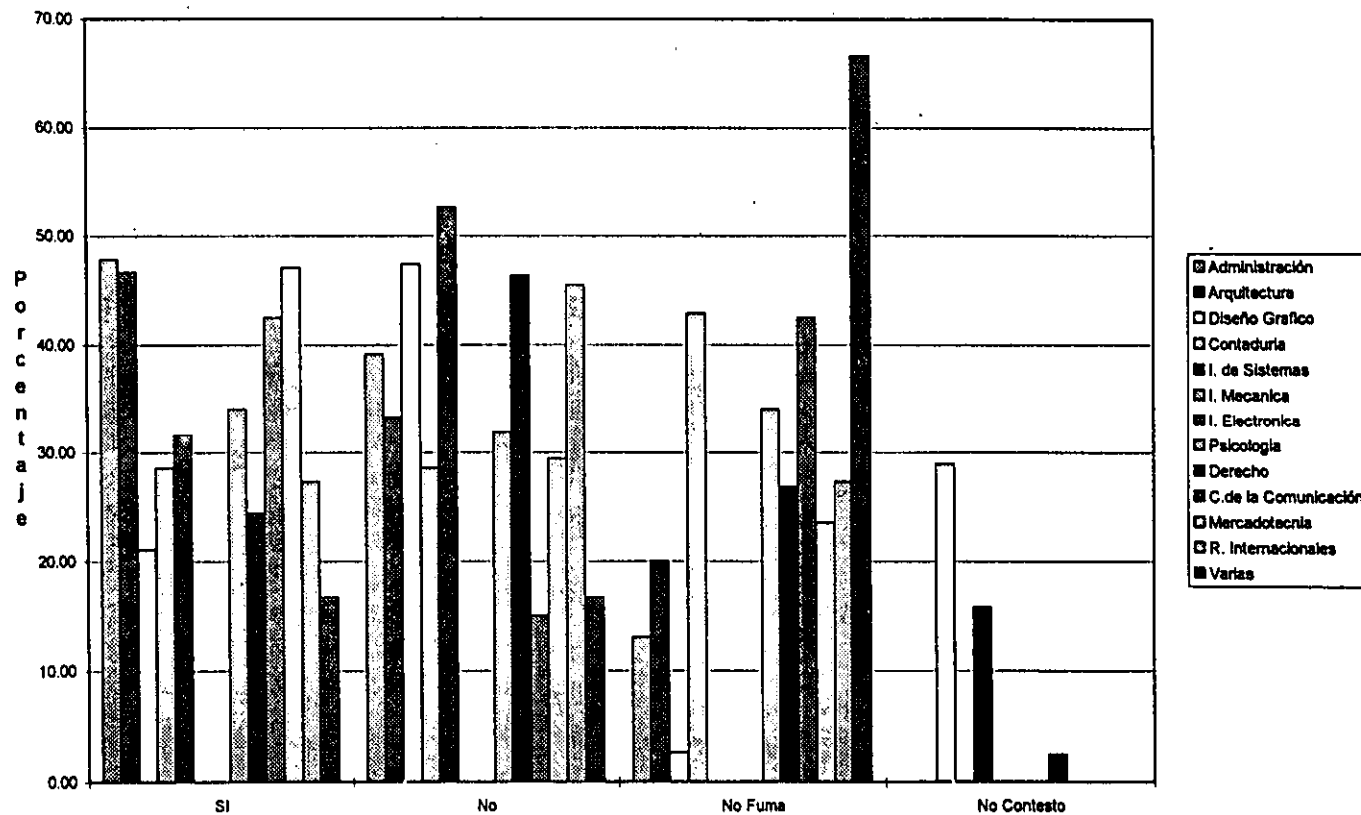
Gráfica 13a Has intentado dejar de Fumar
(Población Masculina)



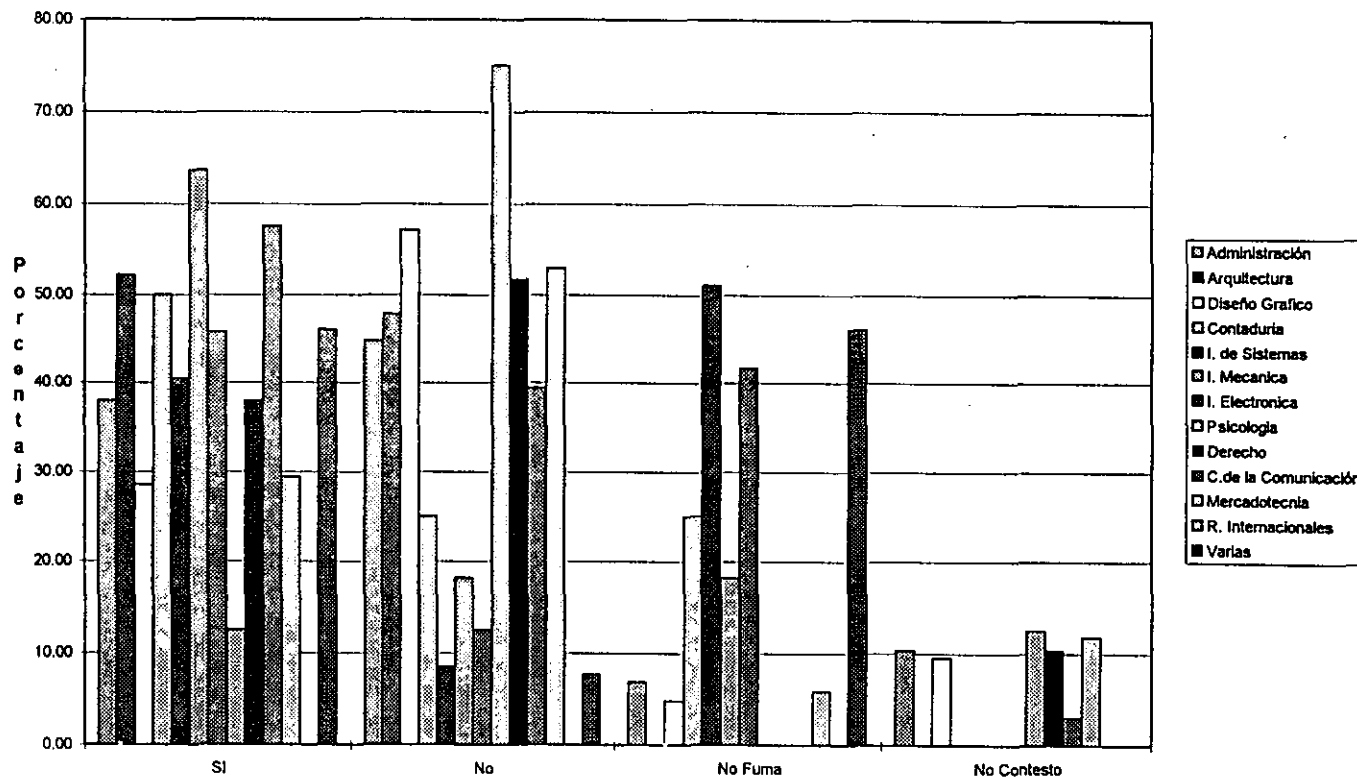
Gráfica 14 Te gustaría que dentro de la U.V.M. existiera algún programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco (Población Femenina)



**Gráfica 15 Cuando consumes alcohol tiendes a consumir más tabaco
(Población Femenina)**



Gráfica 15a Cuando consumes alcohol tiendes a consumir más tabaco
(Población Masculina)



7.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra está constituida por alumnos de una universidad en particular (UVM), la cual estuvo integrada por 534 alumnos, dividiéndose de la siguiente manera: 267 mujeres y 267 hombres siendo alumnos de las siguientes carreras: Administración, Arquitectura, Diseño Gráfico, Contaduría, Ingeniería en Sistemas, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Electrónica, Psicología, Derecho, Ciencias de la Comunicación, Mercadotecnia, Relaciones Internacionales, Turismo, Ingeniería en Producción, Licenciatura en Sistemas Computacionales de la Administración e Ingeniería Industrial.

La edad promedio es de 20 años con 3 meses para mujeres y 20 años con 9 meses para hombres. Concentrándose el mayor número de sujetos en los rangos de 19 a 22 años de edad. Y las carreras que tienen el mayor número de población en este mismo rango es la de Psicología, Derecho y Ciencias de la Comunicación en mujeres y en los hombres fue la carrera de Ingeniería en Sistemas, Ingeniería electrónica, Ciencias de la Comunicación y Derecho. (Tabla No. 1 y 1a.)

En cuanto a la frecuencia con que se consume alcohol se observa que 132 mujeres, consumen "una vez al mes" (49.44%), a diferencia del sexo masculino que son 93 hombres, con un (34.83%). Sin embargo en el rango de "una vez a la semana" existe una diferencia muy marcada entre ambos sexos, ya que en el sexo femenino fueron 18 personas (6.74%) y 88 hombres (32.96%). Encontrándose también que "cada quince días", los hombres toman más (23.97%), que las mujeres (14.28%). Siendo el sexo masculino el que consume con más frecuencia alcohol.

Así mismo, el resultado que se obtuvo en el consumo "ocasional" es también más alto en mujeres (8.61%) que en hombres (1.50%). La media nos confirma que el consumo en las mujeres es de 1.09, lo que equivale a que consumen alcohol una vez al mes y en hombres 2 veces por mes. (Tabla No. 2 y 2a)

Haciendo una comparación con los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Adicciones (1993), en cuanto a la frecuencia en el consumo de alcohol muestran cómo dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres.

Es de tomar en cuenta que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.7%). Es decir, poco más de 5 millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas durante los dos últimos años, un 43.3% nunca consumió alcohol y alrededor del 3% se clasificó como ex-bebedores.

En lo que se refiere a "nunca" el porcentaje en mujeres fue de (20.22%) y el de hombres (6.74%). En la ENA (1993), se confirma lo anterior donde se muestra que de todas las mujeres entrevistadas (33.6%) nunca han consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el (15.6%) no lo ha hecho.

Por otro lado en un estudio realizado en la Universidad de Reading en Gran Bretaña (Brown y Gunn, 1977) en una muestra de 183 hombres y 138 mujeres resultó que sólo 7 hombres y 9 mujeres afirmaron que no bebían. Al 70% de los hombres se les calificó de bebedores habituales, ya que consumían alcohol más de tres veces por semana el equivalente entre las mujeres fue del 26%: el 17% de los hombres y el 34% de las mujeres se calificaron de bebedores sociales y el 10% de los dos sexos señalaron que únicamente beben los fines de semana.

En otro estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1980 con una población de 5,225 estudiantes universitarios fueron clasificados como "no bebedores" (27.6%), "bebedores ocasionales" (45.6%) y "bebedores habituales" (27.7%), según la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas. El 41.8% de las mujeres reportaron no ingerir alcohol (22.4% en el caso de los hombres); el 46.3% declaró consumirlo ocasionalmente (45.4% en el sexo masculino); y el 11.9% se consideró bebedor habitual (33.5% de la población masculina encuestada).

Como se puede observar, los resultados obtenidos en otros estudios son similares a los encontrados en esta investigación, donde los hombres aparte de ser el mayor número de consumidores de alcohol, también presentan la mayor frecuencia de consumo de alcohol. Esta diferencia se atribuye a que se considera más viril al hombre que puede "aguantar" más que otro los efectos de la ingestión excesiva, si mantiene la ecuanimidad aún y cuando haya bebido más que los demás es digno de admiración y respeto. por consiguiente, la abstinencia es una actitud que causa cierto rechazo, en el grupo de hombres principalmente, lo que puede presionar al individuo inmaduro emocionalmente a ingerir bebidas alcohólicas aún contra su voluntad, únicamente por el hecho de no sentirse rechazado por sus semejantes; en la adolescencia se hace más evidente esta situación, ya que en esta etapa es muy importante para el joven sentirse perteneciente a un grupo determinado, si el grupo en el que se desenvuelve tiene por costumbre ingerir bebidas alcohólicas, es relativamente fácil que él, por no sentirse rechazado comience bebiendo pequeñas cantidades y posteriormente puede caer en el alcoholismo; aunado a lo anterior, la tendencia que existe a esta edad por rebelarse contra lo establecido por sus mayores, hace que la mayoría de los jóvenes que beben en abundancia, tengan roces con sus padres que desapruaban su comportamiento, aunque en algunos casos estos no prediquen con el ejemplo. Tal vez por eso para muchos jóvenes el beber, así como el fumar representan un símbolo de acercamiento a la edad adulta, así como de reto a sus padres.

En el caso de las mujeres nos encontramos ante una situación un tanto diferente, ya que el hecho de beber más que los demás es vergonzoso; consideramos que este puede ser un factor importante que explique en parte la diferencia que se da del alcoholismo entre los sexos, puesto que en nuestra sociedad la mujer no necesita reafirmar su condición de mujer ante los demás, lo que no sucede en el caso del hombre que se desenvuelve por lo regular en un ámbito de competitividad donde es necesario mostrar su hombría.

El motivo principal que lleva a los adolescentes al consumo de alcohol, que también por estudios anteriores (ENA, 1993), vienen a confirmarlo, es la influencia de amigos y presión de compañeros. Encontrándose en esta investigación que en las circunstancias donde se consume más alcohol es en "Reuniones con Amigos" es donde consumen más alcohol. Siendo 162 hombres con 60.67% y 118 mujeres con 44.19%. El ser aceptado por el

grupo es de máxima importancia y en consecuencia muchos jóvenes son presionados o inducidos a la bebida; como lo demuestran los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1993; donde de la mayor parte de la población bebedora, casi la totalidad (92.8%) dijo haber iniciado su consumo por presión de grupo. Esto coincide especialmente con lo que a la presión social se refiere, con la "normalización" de la ingestión alcohólica. Desde la probadita infantil, inducida en el ámbito familiar, hasta la copa para brindar, el contexto social propicia el inicio de la alcoholización como algo deseable, legítimo y parte de rituales difíciles de eludir.

En lo que respecta a "Varias Opciones Anteriores" (reuniones con amigos, ocasionalmente, días festivos y otros), se observa una vez más que los hombres toman más (20.60%) por estas circunstancias en comparación con las mujeres que toman menos (13.11%). Sin embargo, en "Reuniones Familiares" se encontró que 42 mujeres toman más (con un 15.73%), en comparación con 12 hombres (4.49%) ver Tabla No. 3 y 3a. Esta diferencia que se observa en estos últimos resultados, podría deberse a la cultura que existe en nuestro país, donde la mujer como se mencionó anteriormente tiende a ser más criticada por su forma de actuar, y por lo tanto, mal vista su actitud ante estos problemas adictivos.

Como lo menciona el estudio realizado por la socióloga Ma. del Pilar Velasco (1985), se ha observado que la familia es el elemento más importante en el desarrollo del alcoholismo, se centra en la formación de la personalidad, en la importancia que adquieren, la actitud y la conducta de los padres respecto a la bebida, que contribuyen a crear insatisfacción, desorientación y predisponen al individuo a buscar "una aparente satisfacción" en el alcohol y en otros fármacos.

En lo que se refiere a los "Días Festivos" no se encontró gran diferencia entre hombres (2.25%) y mujeres (3%). En el consumo por "Otros", los alumnos respondieron que lo hacen por estrés, depresión, ansiedad y por gusto; que no estaban contemplados como tales dentro de las opciones del cuestionario. No se encontró gran diferencia en los resultados obtenidos, tanto en hombres (6.37%), como en mujeres (7.12%). (Tabla No. 3 y 3a).

Al respecto Wallace. (1990) comenta que hoy en día no existe una evidencia científica cien por ciento convincente de que el alcoholismo sea causado por factores psicológicos como depresión, angustia, miedos, resentimientos, etc. Sin embargo es necesario hacer frente a estos estados emocionales internos para poder lograr la recuperación de esta enfermedad. No puede decirse por ejemplo, que el enojo y el resentimiento causen el alcoholismo, pero es dudoso que personas habitualmente enojadas o resentidas sean capaces de mantenerse alejadas del alcohol o estén felices de hacerlo. El enojo y los resentimientos, al igual que otros estados emocionales negativos, pueden provocar episodios de bebida y una vez que estos se inician las razones o excusas originales para tomar una copa se vuelven rápidamente irrelevantes.

En "No contestó" hubo más mujeres que se abstuvieron de contestar (3.75%) con respecto a los hombres (0%). Debido probablemente a que la mujer se inhibe más ante este tipo de preguntas por considerarlas más personales o privadas.

En Cuanto a los que "No toman", una vez más se confirma que las mujeres toman menos (13.11%) que los hombres (5.62%). (Tabla No. 3 y 3a).

En la pregunta No. 3 "influencia en el consumo de alcohol", se observa que el porcentaje más alto de todos los rangos tanto en hombres (46.07%), como en mujeres (43.45%) se encontró en la respuesta de "Otros" (por diversión y gusto). Por lo que esta pregunta se inválida, ya que las respuestas que dieron los jóvenes no estaban contempladas en el cuestionario (publicidad, familia y amigos). Sin embargo a pesar de que los jóvenes reportan no ser influenciados, es cierto que en la pregunta en qué circunstancias consumes alcohol, la mayoría respondió que por amigos. (Tabla No. 4 y 4a).

Pasando a la pregunta respecto a la edad de inicio en el consumo de alcohol, de nuestra muestra de 267 mujeres se encontró que 6 iniciaron su consumo de alcohol entre los 8 y 12 años de edad, correspondiéndole un porcentaje de (2.25%), encontrándose los mismos resultados en los hombres. Así mismo se observa que la gran mayoría de la población en ambos sexos empiezan a consumir alcohol de los 13 a 20 años de edad (mujeres

74.54% y hombres 88.76%). Cabe destacar que en el rango de 13 a 16 años de edad 135 hombres (50.56%) iniciaron su consumo de alcohol, a diferencia de las mujeres que fueron 83 con un 31.09%. Sin embargo, de los 17 a los 20 años, 116 mujeres (43.45%) iniciaron su consumo a esta edad y 102 hombres (38.20%). Y con respecto a los que "no toman" se encontró que es tres veces más alto el porcentaje en mujeres (16.48%) que en los hombres (6.37%). (Tabla No. 5 y 5a).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993), casi la mitad (46.6%) inició entre los 15 y 18 años; cerca de la cuarta parte (21.1%) entre los 19 y 23 años, alrededor de un 15% se inició entre los 11 y 14 años, y un 4.4% antes de los 10 años de edad. Se observa que un alarmante 66% corresponde a menores de edad.

Hombres y mujeres muestran similitud en los porcentajes de edades de inicio de (15 a 18 y 19 a 23 años). Sin embargo, existen más hombres que mujeres con inicio temprano (11 a 14 y menos). Existiendo coincidencia con los datos encontrados en ambos estudios.

En lo que se refiere a la pregunta, sobre si el consumo de alcohol les ha ocasionado algún problema, sólo una mínima parte de los alumnos respondió que sí, 16 mujeres y 55 hombres. En el sexo femenino se encontró que las alumnas que sí han tenido problemas por su consumo de alcohol pertenecen a la carrera de Ciencias de la Comunicación (10%), siguiéndole la carrera de Diseño Gráfico (7.89%), Derecho (4.88%) y Psicología (4.55%) y los problemas han sido más de tipo emocional, familiar y escolar. (Tabla No. 6).

Por otro lado en el sexo masculino la carrera que reporta haber tenido problemas por el consumo de alcohol es la de Arquitectura (78.26%), siguiéndole Ciencias de la Comunicación (27.27%), Administración (20.69%), Ingeniería en Sistemas (12.77%), Derecho (20.69%) y por último Mercadotecnia (23.53%). Siendo sus problemas más de tipo legal, escolar y familiar en comparación con los mujeres. (Tabla No. 6a).

La diferencia observada en la pregunta anterior se atribuye a que el hombre tiende a ser más impulsivo y a tener más problemas con la autoridad y generalmente trata de transgredirla incrementándose esto más en la

etapa de la adolescencia que es en la que se encuentra la mayoría de jóvenes de esta investigación. En cambio la mujer tiende a ser más sensible ante situaciones que le son adversas, reacciona de una manera más emotiva manifestando tal vez otro tipo de problemas emocionales tales como depresión, estrés, angustia y ansiedad

Se ha encontrado en estudios realizados por el CONADIC, (1992) que existe una íntima relación entre el consumo de alcohol y las infracciones a la ley, hechos criminales y accidentes de tránsito, debido a que la ingesta de alcohol altera los ánimos y desinhibe los controles éticos.

Pasando a la pregunta "algún miembro de tu familia consume alcohol ver (Tabla 7 y 7a) la mayoría de la población tanto femenina (64.79%) como masculina (71.54%), respondieron que sí, manifestando al mismo tiempo que no existe influencia de ese familiar en su consumo de alcohol ver (Tabla 8 y 8a). Los resultados encontrados en este estudio son similares a los reportados en la ENA, (1993) donde se muestra que no hay diferencia en el consumo de alcohol entre jóvenes, tanto hijos de padres bebedores, así como de padres no bebedores; lo cual nos indica que no existe gran influencia de ambos progenitores o de algún otro familiar en su consumo de alcohol.

Sin embargo como ya se menciono anteriormente en el estudio realizado por la socióloga Ma. del Pilar Velasco, (1985) se reporta que la familia es un elemento importante en el desarrollo del alcoholismo.

Por lo que respecta al consumo de tabaco se encontró que 128 mujeres fuman (47.94%) y 138 hombres con (51.37%). De este modo se puede observar, que el tabaquismo de los sujetos no muestra gran diferencia tanto en hombres y mujeres. Este hecho comprueba lo reportado por la OMS (1988), con respecto al aumento en el tabaquismo de las mujeres, en 1971, sólo fumaba una pequeña parte de la población femenil, actualmente ésta situación ha cambiado debido a la invasión de roles, por parte de la mujer hacia los roles masculinos. (Tabla No. 9).

Sin embargo en la ENA (1993), se encontraron resultados diferentes en cuanto al sexo, la prevalencia de fumadores en el grupo masculino fue del 38.3%, lo que equivale a más de 7 millones de sujetos con este hábito; mientras que en las mujeres correspondió a 14.2%, lo que se traduce a poco más de 3 millones. Por lo que los hombres fuman dos veces más que la mujer. Observándose que en los últimos años se ha incrementado el tabaquismo en las mujeres.

En cuanto a la cantidad de cigarrillos que fuman los jóvenes se encontró que de 1 a 5 cigarrillos diarios son consumidos por 87 mujeres (32.58%) y 73 hombres (27.34%). De 6 a 10 cigarrillos al día en mujeres fue el 9.74% y en hombres el 13.11%. de 11 a 15 cigarrillos el 2.62% en mujeres y en hombres 7.12% y más de 16 cigarrillos el 2.25% en mujeres y en hombres el 3%.

En donde hubo una gran diferencia fue en el rango de 11 a 15 cigarrillos, ya que sólo 7 mujeres reportaron haber fumado ésta cantidad en un día, a diferencia de los hombres que fueron 19. Y en el rango de más de 16 cigarrillos se encontró el 2.25% en mujeres y en hombres el 3%, no existiendo gran diferencia en ambos sexos.

Se puede observar que en el rango de 1 a 5 cigarrillos, el índice de consumo es más alto tanto en hombres como en mujeres. La media de la población femenina en el consumo de tabaco es de 2 cigarrillos y medio al día y en la población masculina es de 3 cigarrillos al día aproximadamente. (Tabla No. 9 y 9a).

Resaltando que en la tabla No. 9 y 9a, se ve que casi la mitad de la muestra, son jóvenes no fumadores, de los cuales 139 son mujeres (52.06%) y 129 hombres (48.31%). Los que si fuman se encuentran distribuidos en los diversos rangos de la misma tabla.

En la ENA (1993), en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos, el 60% de los encuestados indicó fumar de 1 a 5 cigarrillos siendo clasificados como fumadores leves; la mayoría lo hizo con una frecuencia diaria. El 29% consume de 6 a 15 cigarrillos fumadores moderados, haciéndolo también a diario. Lo anterior debe preocupar, ya que el 89% de los fumadores consumen nicotina constantemente; esto indica que

no sólo aquellos que fuman 16 cigarros diarios o más serán dependientes, sino también los que actualmente fuman menos de esta cantidad, debido al efecto de tolerancia.

En lo que respecta a la pregunta "la gente a la que frecuentas o convives toman" (Tabla No. 10 y 10a), la mayoría de la población de hombres (89.14%) y mujeres (90.64%) respondieron que sí. Lo anterior se debe a que la gente cuando esta conviviendo con amigos o familiares tiende a fumar más, ya que automáticamente las personas lo asocian para pasar un rato agradable y como una muestra de hospitalidad y cordialidad.

En cuanto al tiempo que tienen de fumar se encontró que 100 mujeres (37.45%) tienen de 1 a 5 años con éste hábito tabáquico y 83 hombres con un porcentaje de 31.09%. De 6 a 10 años, 23 mujeres (8.61%) y 51 hombres (19.10%). De 11 a 15 años 5 mujeres (1.87%) y 3 hombres (1.12%). Teniendo una media en la población femenina de 2 años un mes fumando y para la población masculina 2 años ocho meses fumando. (Tabla 11 y 11a).

Observándose así que hay una pequeña diferencia del 6.36% en hombres y mujeres, con respecto al tiempo que tienen de fumar, de 1 a 5 años. Sin embargo en el rango de 6 a 10 años, se observa que el porcentaje más alto se encontró en los hombres, lo que nos indica que los hombres iniciaron a una edad más temprana el consumo de tabaco, en la etapa preadolescente y adolescente, donde les importa tener pertenencia con ciertos grupos, seguida por la influencia de amigos, y tal vez una prueba para obtener dicha pertenencia o demostrar la misma sea el cigarro, además de ser un desafío a la autoridad de los padres y una manera de expresar su entrada al mundo adulto.

Sobre la opinión en que esté prohibido fumar dentro de las instalaciones de la UVM, los que respondieron "acertado" fueron 131 mujeres (49.06%) y 132 hombres (49.44%). Los que contestaron "poco acertado" fueron 73 mujeres (27.34%) y 74 hombres (27.72%). Los que no estuvieron de acuerdo "no acertado" fueron 53 mujeres (19.85%) y 57 hombres (21.35%). (Tabla No. 12 y 12a).

Por lo anterior se puede observar que una gran mayoría de los jóvenes está de acuerdo en que esté prohibido fumar dentro de las instalaciones de la universidad, ya que si se toma en consideración que son 268 jóvenes los que no fuman, probablemente podría ser que fueron ellos quienes contestaron que si están de acuerdo, puesto que el humo de segunda mano, es molesto y perjudicial para quien lo aspira.

Desde 1968 se confirmó que la exposición al humo del tabaco en el ambiente, conocido como tabaquismo pasivo, lo que significa que un individuo no fumador está expuesto en forma involuntaria al humo que otros emiten en un ambiente cerrado, (H.T.A. Tabaquismo Pasivo), puede ser un factor de riesgo de cáncer pulmonar para el 30% de los adultos no fumadores cotidianamente en contacto con el humo de tabaco en ámbitos cerrados, ya que este humo pasivo, de segunda mano o humo lateral contiene 5 veces más monóxido de carbono y 3 veces más nicotina. Por ello la agencia de protección ambiental de los EE.UU., ha propuesto que se declare que el humo de segunda mano es un carcinógeno humano, conocido, en la misma categoría que el asbesto, el arsénico y el benceno. Además de que los hijos de padres fumadores presentan con mayor frecuencia síntomas e infecciones respiratorias, así como decremento en su capacidad funcional, a medida que el pulmón madura.

En los que contestaron "poco acertado" se puede pensar que estas personas les da lo mismo que esté o no prohibido fumar dentro de la universidad. Y los que no están de acuerdo probablemente son los que fuman, ya que de alguna manera les afectaría esta disposición. (Tabla No. 12 y 12a).

En lo que se refiere al intento de dejar el hábito de fumar se encontró que 97 mujeres 36.33% lo han intentado y en el sexo masculino 107 con 40.07%. Los que no han intentado dejar de fumar son 57 mujeres 21.35% y 52 hombres con 19.48%. (Tabla No. 13 y 13a).

No existe una gran diferencia tanto en hombres como en mujeres en cuanto al intento por dejar de fumar. Esto coincide con los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones en lo que respecta al intento de disminuir el cigarrillo. 53.7% de los fumadores ha dejado de fumar mientras que el 42.6% no lo ha

intentado. Dentro del grupo de ex-fumadores, 56% son hombres mientras que el 44% son mujeres, donde se reporta que el principal motivo para abandonar el hábito fue la consciencia del daño.

Por otra parte pasando a la pregunta "Si les interesa que exista algún programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco en la Universidad", fueron 227 mujeres (85.02%) y 202 hombres (75.66%). Los que no muestran interés fueron 31 mujeres (11.61%) y 61 hombres (22.85%). (Tabla No. 14 y 14a).

A través de estos resultados se puede observar que hay que prestar mayor atención a estos problemas entre la población de jóvenes, ya que a la mayoría les interesa que se implemente un programa, para ayudar a disminuir el consumo de alcohol y tabaco, dentro de la universidad.

Sin embargo es importante que no se deje de lado el nivel secundaria y preparatoria, que se empiece a atacar el problema desde estos niveles, ya que es aquí en donde se tienen los primeros contactos con el alcohol y tabaco, como lo demuestran los resultados obtenidos en esta investigación. (Tabla No. 5 y 5a) donde la mayoría de los jóvenes tanto hombres como mujeres iniciaron su consumo de alcohol entre los 13 y 20 años de edad. Ahora bien en el consumo de tabaco, como se puede ver en la (Tabla No. 11 y 11a), "Qué tiempo tienes de fumar", se deduce que los jóvenes inician entre los 12 y los 13 años de edad aproximadamente.

Considerando que nuestra muestra fue de 534 alumnos y que de estos 429 están interesados en que se implementen programas que ayuden a disminuir el consumo tanto de alcohol como el de tabaco, la creación de estos programas pueden reforzar, la abstinencia como actitud razonable y facilitar el desenvolvimiento de pautas que cooperen en disminuir los riesgos que provoca en los jóvenes el uso de éstas sustancias tóxicas en su organismo.

Por lo que es importante saber implementar un programa, ya que por desgracia son demasiados los programas educativos que recalcan los lados nocivos de la bebida con lo que pueden atemorizar a los adolescentes por estos dictámenes y amonestaciones de carácter solemne y autoritario. Si tal es el enfoque el

adolescente quedará imposibilitado para adquirir un entendimiento maduro de los aspectos físicos y emotivos del uso y no uso del alcohol y tabaco (Giobetti, 1969). Ya que los programas que intentan atemorizar a veces causan que el adolescente ansie la bebida alcohólica y el tabaco por que les intriga los "aparentes" placeres prohibidos.

Riester y Zucker, (1968) opina que los programas educativos de la escuela media son buenos en si, pero que se han de presentar de manera objetiva y han de hacerse llegar incluso a los que probablemente sean bebedores problemáticos el día de mañana.

Por otro lado se encontró que cuando los jóvenes consumen alcohol tienden a consumir más tabaco 114 hombres con un 42.70% y 89 mujeres con un 33.33%. Y los que no tienden a consumir más tabaco cuando consumen alcohol fueron 95 mujeres (35.58%) y 92 hombres con un 34.46%. Observándose así que por tendencia no existe gran diferencia entre hombres y mujeres con respecto a esta pregunta. (Tabla No. 15 y 15a).

Lo anterior se debe a que la gente cuando está conviviendo con amigos o familiares tiende a beber y a fumar más, ya que automáticamente la persona lo asocian, con pasar un buen rato. Por otra parte tanto el alcohol como el tabaco son ofrecidos como muestra de cordialidad y hospitalidad. Como se ha visto desde tiempos muy remotos el hombre a utilizado el alcohol y tabaco en ceremonias, prácticas rituales y fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido, por lo que el individuo que los consumía era considerado como privilegiado

La ingesta de alcohol en los jóvenes, muchas de las veces propicia el consumo del tabaco; así como también el de otras drogas; ya que los jóvenes abusan de estas últimas porque intentan "aparentemente" escapar de las frustraciones diarias de la familia, trabajo y la escuela y aunque algunas como el alcohol y tabaco son socialmente aceptadas no dejan de ser peligrosas para quienes las consumen y para quienes rodean a los consumidores. Por lo que los jóvenes pueden pasar del alcohol y tabaco a otras drogas más fuertes, buscando con esto nuevas experiencias y al mismo tiempo satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las mismas.

Se consideró importante, dentro de esta investigación tomar en cuenta el índice más alto del consumo de alcohol y tabaco en las diferentes carreras; donde se observó lo siguiente:

Con respecto a la edad de inicio por consumo de alcohol, la mayor parte de la población en general se encuentra en los rangos de 13 a 20 años de edad, en el sexo femenino se encuentran las carreras de Diseño Gráfico con un 36.84%, siguiéndole Ciencias de la Comunicación (30%), Derecho (29.27%) y Psicología con el 27.27%; y en el sexo masculino está Ingeniería en Sistemas (48.94%), Administración (68.97%) y por último Derecho (55.17%). (Tabla No. 5 y 5a).

El inicio del consumo de tabaco, la mayor parte de la población empezó a los 12 y 20 años de edad, encontrándose en el sexo femenino, las carreras de Psicología (45.45%), Derecho (43.90%) y Ciencias de la Comunicación (37.50%). Y en el sexo masculino las carreras de Ingeniería en Sistemas (27.66%), Derecho (37.93%), Administración (41.38%) y Ciencias de la Comunicación (27.27%). (Tabla 11 y 11a).

En la frecuencia del consumo de alcohol en el sexo femenino tanto en una vez a la semana, cada quince días y una vez al mes se encontró que las carreras que tienen una mayor índice de consumo de alcohol en el sexo femenino fueron las carreras de Ciencias de la Comunicación, Psicología, Derecho, Administración y Diseño Gráfico. Observándose que la frecuencia de consumo de alcohol es más alta en el rango de una vez al mes, Ciencias de la Comunicación (57.50%), Psicología (52.27%), Derecho (48.78%), Diseño Gráfico (44.74%) y Administración (52.17%). (Tabla No. 2).

Algo que es importante señalar es que estas mismas carreras tienden a consumir más tabaco en comparación con las otras carreras que son Contaduría, Arquitectura, Ingeniería en Sistemas, Ingeniería Mecánica, Ingeniería Electrónica, Mercadotecnia y Relaciones Internacionales. Y que también reportaron la mayoría que han sido influenciados por amigos para consumir estas sustancias. Ahora bien en las circunstancias en donde consumen alcohol es en Reuniones Familiares y Reuniones con Amigos, ya que la mayoría contestó que dentro de su familia existe algún miembro que consume alcohol, reportando esto las carreras mencionadas

anteriormente y que por lo tanto una mínima parte reporta que sí está influenciado a diferencia de los que contestaron que no. (Tablas No 3, 4, 7 y 8).

Al mismo tiempo en estas carreras (Ciencias de la Comunicación, Psicología, Derecho y Administración) a excepción de Diseño Gráfico cuando consumen alcohol tienden a consumir más tabaco pero paradójicamente por otro lado son las que han intentado dejar de fumar, al mismo tiempo que son las que consideran acertado el que esté prohibido fumar dentro de las instalaciones de la universidad, uniéndoseles la carrera de Ingeniería en Sistemas. Por último las alumnas de estas carreras sí están de acuerdo en que exista algún programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco para aquellos jóvenes que se interesen. (Tablas No. 15, 13, 12 y 14).

Ahora con respecto al sexo masculino, en la frecuencia de consumo de alcohol de las siguientes carreras Ciencias de la Comunicación, Administración, Ingeniería en Sistemas, Mercadotecnia, Derecho y Arquitectura reportan un índice de consumo de una vez a la semana más alto, siguiéndole el rango de cada quince días y por último una vez al mes y más esporádicamente Ingeniería en Electrónica. (Tabla No. 2a).

Encontrándose también que estas mismas carreras a excepción de Mercadotecnia, tienden a consumir más tabaco en comparación con las otras carreras que son Contaduría, Ingeniería en Mecánica, Psicología, Relaciones Internacionales y Varias (Turismo, Ingeniería en Producción, Licenciatura en Sistemas Computacionales de la Administración e Ingeniería Industrial). Observándose que la mayoría de los alumnos reportan un alto porcentaje por influencia de Amigos y Otros (gusto y diversión) en el consumo de estas sustancias. Reportando también que las circunstancias donde consumen más alcohol es en Reuniones con Amigos, siguiéndole en Reuniones Familiares; ya que también aquí la mayoría contestó que dentro de su familia existe algún miembro que fuma y toma, siendo sólo la carrera de Arquitectura la única que reporta que sí existe influencia de esa persona en su propio consumo de alcohol, por lo que es importante resaltar este dato, ya que son 15 alumnos los que consideran que dentro de su familia esta existiendo una fuerte influencia, a diferencia de las demás carreras, que la mayoría contesta que no existe ninguna influencia.

Al mismo tiempo en estas mismas carreras a excepción de Mercadotecnia, cuando consumen alcohol tienden a consumir más tabaco, pero como dato curioso se observa que la mayoría de estas carreras son las que han intentado dejar de fumar, al mismo tiempo que consideran acertado que esté prohibido fumar dentro de las instalaciones de la UVM; y son los alumnos a los que si les gustaría que dentro de la universidad existiera algún programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco.

También se puede observar que tanto en el sexo masculino como femenino la carrera donde se encuentre el mayor índice de uso de alcohol y tabaco fue en la carrera de Ciencias de la Comunicación y esto se atribuye a que son personas con una alta necesidad de reconocimiento de los demás y por tanto son personas más susceptibles a la influencia, de amigos como lo reporta el estudio realizado por Cendon y Martínez, (1980).

Se puede inferir, curiosamente, que los alumnos que se encuentran en las carreras donde hay más alto índice de consumo de alcohol y tabaco, de alguna manera están conscientes del daño que provoca el consumo de dichas sustancias, así como las consecuencias que traen los mismos, por lo cual es importante que se elaboren propuestas para realizar campañas dentro de la universidad, lo cual podría contribuir a un menor ausentismo, mayor rendimiento y un mejor estado físico y mental del alumnado.

CONCLUSIONES

1. El consumo de alcohol en la población de hombres es mayor que el de las mujeres. La hipótesis H1.1 queda confirmada, dado que de la muestra estudiada, el 20.22% de las mujeres reportan no tomar nunca y sólo el 6.74% de los varones reporta lo mismo. Esta diferencia se atribuye a que se considera más viril al hombre que puede "aguantar" más que otros los efectos de la ingestión excesiva, si mantiene la ecuanimidad aún y cuando haya bebido más que los demás es digno de admiración y respeto, sin embargo, en el caso de las mujeres nos encontramos ante una situación un tanto diferente, ya que el hecho de beber más que los demás es vergonzoso; consideramos que este puede ser un factor importante que explique en parte la diferencia que se da del alcoholismo entre los sexos, puesto que en nuestra sociedad la mujer no necesita reafirmar su condición de mujer ante los demás. lo que no sucede en el caso del hombre que se desenvuelve por lo regular en un ámbito de competitividad donde es necesario mostrar su hembra.
2. La edad de inicio en el consumo de alcohol en el rango de 8 a 12 años, es igual para ambos sexos, con un (2.25%); mientras que en el rango de 13 a 16 años el porcentaje en hombres es más alto (50.56%) a diferencia de las mujeres que tienen un 31.09%. En el rango de 17 a 20 años, se encontró que las mujeres tienen un porcentaje del 43.45% y los hombres 38.20%. Y por último en el rango de 21 a 24 años fue igual para ambos sexos con 0.75%. La hipótesis H1.2 queda confirmada, dado que los hombres inician su consumo a una edad más temprana. Esta diferencia es debido a la cultura, ya que al hombre se le enseña a ser el fuerte desde pequeño, así como también reafirmarse como hombre a través de sus acciones y es por esto que también se le es permitido fumar y tomar a una edad más temprana que a la mujer, ya que a esta se le inculcan ideas de ser más recatada, conservadora, limitándosele más su libertad.
3. La circunstancias por las cuales se consume alcohol, son diferentes entre mujeres y hombres; ya que las mujeres toman más en Reuniones Familiares (15.73%) respecto a los hombres (4.49%). Sin embargo, los hombres tienden a consumir más alcohol en Reuniones con Amigos (60.67%) a diferencia de las mujeres con un

44.19%. Confirmándose así la hipótesis H1.3. El hombre toma más con amigos debido a la fuerte influencia que estos ejercen sobre él y por no sentirse rechazado por los mismos. Sobre todo en la adolescencia se hace más evidente esta situación, ya que en esta etapa es muy importante para el joven sentirse perteneciente a un grupo determinado, si el grupo en el que se desenvuelve tiene por costumbre ingerir bebidas alcohólicas es relativamente fácil que él, por no sentirse rechazado comience bebiendo pequeñas cantidades y posteriormente caiga en el alcoholismo.

Por otro lado en cuanto al consumo de la mujeres, que es más alto en reuniones familiares, se debe a que es mal visto que las mujeres tomen en cualquier lugar público.

4. La frecuencia en el consumo de alcohol es diferente entre hombres y mujeres, encontrándose que los hombres toman más; una vez por semana (32.96%), en comparación con las mujeres (5.74%). La hipótesis H1.4 -- queda confirmada. Esta diferencia se debe a que el hombre goza de más privilegios en comparación con la mujer; ya que los padres tienden a ser más permisivos con el sexo masculino.
5. El consumo de tabaco en la población de hombres es mayor que en la de mujeres. Esto confirma la hipótesis H1.5; encontrándose que 128 mujeres fuman (47.94%) y 138 hombres (51.37%). Sin embargo es importante señalar que a pesar de que se confirmó la hipótesis, no es muy grande la diferencia entre ambos sexos. Por lo que se deduce que poco a poco se ha ido incrementando el tabaquismo en las mujeres, debido a la invasión por parte de las mujeres hacia los roles masculinos.
6. El intento por dejar de fumar en la población de hombres es mayor (40.07%) que el de las mujeres (36.33%). Esto confirma la hipótesis H1.6. Lo anterior se debe que a pesar de que no es muy grande la diferencia entre hombres y mujeres respecto al consumo de tabaco; si hay interés de ambos sexos por tratar de abandonar este hábito, ya que de alguna manera saben los daños que ocasiona el fumar.
7. Las mujeres tienden a consumir más tabaco cuando consumen alcohol (33.33%) y los hombres 42.70%. Por

lo que la hipótesis H1.7 se rechaza; ya que el sexo masculino es él que tiende a consumir más tabaco cuando consume alcohol. Sin embargo por tendencia no existe gran diferencia entre hombres y mujeres con respecto a esta pregunta. Esto se debe a que la gente cuando esta conviviendo con amigos o familiares tiende a beber y fumar más, ya que automáticamente las personas lo asocian para pasar un rato agradable y como una muestra de hospitalidad y cordialidad.

8. Se encontró que sí hay diferencia en la frecuencia del consumo de alcohol en la diferentes carreras del sexo femenino, siendo la carrera de Ciencias de la Comunicación la que tiene el más alto consumo tanto en una vez a la semana, cada quince días y una vez al mes. Aceptándose así la hipótesis H1.8. En un estudio realizado en 1980 (Cendon y Martínez), donde se aplicó el inventario de personalidad de Jackson a la carrera de Ciencias de la Comunicación, se encontró que los alumnos de esta carrera se caracterizan por una "alta necesidad por los demás y una baja necesidad de dominio". Por lo que es importante hacer un estudio más profundo sobre las características de personalidad de los alumnos de las diferentes carreras, para entender por que algunos alumnos toman más que otros.

9. En las diferentes carreras del sexo masculino se encontró que sí existe diferencia en la frecuencia de consumo de alcohol, siendo la carrera de Ciencias de la Comunicación la que reporta un índice de consumo más alto, sobre todo en el rango de una vez a la semana. Aceptándose así la hipótesis H1.9. Es importante señalar que tanto en el sexo masculino como en el femenino la carrera que tiene un índice de consumo más alto es la de Ciencias de la Comunicación.

Como se mencionó anteriormente el hecho de que el perfil de Ciencias de la Comunicación reporta que tiene una alta necesidad de reconocimiento por los demás y por tanto son personas más susceptibles a la influencia de amigos, así como también el contacto que tienen de los medios de publicidad, que de alguna manera todo ello hace que sea mayor el consumo de alcohol en los jóvenes de esta carrera.

10. Sí existe diferencia en la cantidad de consumo de tabaco en las diferentes carreras del sexo femenino, sien--

do las más altas Psicología, Derecho y Ciencias de la Comunicación; por lo que se acepta la hipótesis H1.10. Los resultados encontrados anteriormente pueden ser porque los alumnos de la carrera de Psicología y Derecho están más en contacto con la conducta y los problemas del ser humano y la sociedad, esto probablemente provoque una gran ansiedad en los mismo, por lo que recurren más al consumo de tabaco como una forma aparente de disminuir la ansiedad.

11. En las diferentes carreras del sexo masculino se reporta que sí hay diferencia en la cantidad de consumo de tabaco, siendo la carrera de Ingeniería en Sistemas la más alta. Se acepta la hipótesis H1.11. Puede ser que estos alumnos consumen más tabaco, ya que están en una carrera con mucha demanda en la actualidad, lo cual les puede provocar tensión y ansiedad y por lo mismo utilizan el cigarro como un escape a esa tensión.
12. En este estudio se encontró que ya los jóvenes en este nivel de licenciatura llegan con un alto índice de consumo de alcohol y tabaco, ya que la mayoría tanto hombres como mujeres inician su consumo aproximadamente a los 13 años de edad. Por lo que es importante implementar programas preventivos desde los niveles de secundaria y preparatoria, ya que es aquí donde se tienen los primeros contactos con estas sustancias tóxicas para el organismo.
13. Se considera importante que se implementen dentro de la Universidad programas que puedan reforzar la abstinencia como actitud razonable y facilitar el desenvolvimiento de pautas que cooperen en disminuir los riesgos que provoca en los jóvenes el uso de estas sustancias; considerando que de nuestra muestra estudiada, de 534 alumnos, 429 están interesados en que se implementen dichos programas en esta Universidad.
14. Otro dato sobresaliente en lo que respecta a los problemas ocasionados en el consumo de alcohol se reporta que sólo una mínima parte de la población estudiada sí ha tenido problemas, encontrándose que los hombres han tenido más problemas de tipo legal en comparación con las mujeres, que son de tipo emocional. Esta diferencia se atribuye a que el hombre es más impulsivo y tiende a tener más problemas con la autoridad y trata de transgredirla, también se debe considerar la etapa de desarrollo en que se encuentra, que es la adoles-

cencia. Y la mujer en cambio tiende a ser más sensible, ante situaciones que le son adversas, reacciona de una manera más emotiva, manifestando tal vez otro tipo de problemas emocionales como depresión, estrés, angustia y ansiedad.

LIMITACIONES

Aunque el alcohol y el tabaco han sido temas muy abordados por diferentes disciplinas, se le ha dado más importancia al aspecto médico, no dándole la misma al aspecto psicológico. Es conocido que la gente consume alcohol y tabaco cuando se siente deprimida, angustiada o ansiosa; así como cuando tiene miedos o resentimientos; por lo que consideramos importante profundizar más sobre estos factores psicológicos, ya que se ha observado que estos estados emocionales internos negativos pueden provocar episodios de consumo de alcohol y tabaco.

Otra limitante fue que existen muy pocas investigaciones recientes, en nuestro país acerca del consumo de alcohol y tabaco en especial en jóvenes universitarios.

El instrumento que se realizó para este estudio, arrojó datos sobre el consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, faltaron preguntas para conocer y profundizar más sobre aspectos psicológicos de los alumnos, por lo que se sugiere para futuras investigaciones ampliar el cuestionario y aplicarlo junto con pruebas psicológicas de personalidad.

Como la muestra utilizada en esta investigación fue de un solo plantel, no se pueden generalizar los resultados obtenidos en este estudio para los demás planteles o universidades, pero el instrumento si puede ser aplicable para una muestra que esté dentro de los mismos rangos de edad, sin importar ocupación, nivel socioeconómico y cultural.

En el cuestionario, la pregunta no. 3, que se refiere a la influencia en el consumo de alcohol, se tuvo que invalidar, ya que los jóvenes no respondieron lo que se esperaba.

SUGERENCIAS

Se sugiere que los programas de prevención se implanten desde los niveles de educación básica, como son primaria y secundaria. Sin dejar fuera el apoyo que brinda el ámbito familiar.

En la lucha contra el tabaquismo y el alcoholismo es fundamental la participación firme y decidida de los comunicadores, al facilitarle a las personas y a la sociedad los conocimientos que conlleven a la adopción de actitudes y al desarrollo de hábitos favorables para la salud.

Los medios, que en sí mismos no condicionan la aparición de adicciones, pueden también ser utilizados positivamente en beneficio de la salud de la población. Para conseguir este objetivo, es importante no sólo pensar en comunicar o informar a la gente, sino en persuadirla a no fumar y a no ingerir alcohol, disminuir el consumo actual de tabaco y cualquier otra sustancia adictiva. La persuasión deberá tener como propósito demostrar que abstenerse de consumir tabaco y alcohol no sólo es más saludable, sino que es tan o más agradable que fumar o ingerir alcohol. Este fin, verdaderamente ambicioso, requiere de la utilización de todos los medios a nuestro alcance y del aprovechamiento de cualquier oportunidad propicia para hacerlo.

Se sugiere que dentro de la universidad existan constantemente campañas, pláticas o conferencias que abarquen dichos temas, estos eventos pueden ser organizados por los mismo alumnos, dando ellos los temas, e invitar a gente de fuera para enriquecer y poco a poco concientizar a la población estudiantil y sensibilizarla.

Realizar investigaciones que amplíen el perfil psicológico del adicto al alcohol y tabaco, utilizando por ejemplo pruebas psicológicas e inventarios de personalidad.

Realizar investigaciones similares en otros planteles, con el fin de realizar comparaciones; así mismo, puede ser en otras universidades, particulares y públicas, de varios estados de la república o países y aplicarlo en muestras con rangos mayores de edad y también que sean poblaciones no estudiantiles.

Se sugiere para futuras investigaciones replantear la pregunta no. 3 (influencia en el consumo de alcohol) o eliminarla, ya que las respuestas obtenidas no fueron las esperadas. que a través del estudio piloto no se detectó que estaba mal planteada, o que se confunde con la pregunta no. 2 (circunstancias en el consumo de alcohol).

BIBLIOGRAFÍA

- ALANON, Family Group. Alcoholismo: Un Carrusel Llamado Negación. World Services, Inc. Nueva York, 1969.
- ALANON, Family Group. Mensaje de Esperanza. World Services, Inc. Nueva York, 1969.
- ARIAS, N. Roberto y Lara, Czmí Asunción. El Libro Para que Usted Deje de Fumar, Autocontrol Psicológico del Tabaquismo. Editorial Edamex (Editores Asociados Mexicanos): México, 1987.
- BARD, S.M. y Peacock, J.B. Smoking and Drinking Habits of Students at the University of Hong Kong. Health London, 1976.
- BEE, L. Helen y Mitchell, Sandra K. El Desarrollo de la Persona: en Todas las Etapas de su Vida. Editorial Harla, México, D.F., 1987.
- BILL, W. A.A. Llega a la Mayoría de Edad. Una Breve Historia de A.A. Editorial Camara Nacional de la Industria, México, 1967.
- BLACK, Claudia. Los Efectos del Alcoholismo Sobre los Hijos y Cómo Superarlos. Editorial Concepto: México, 1991.
- BROWN, CH. N. y Gunn, D. Alcohol Consumption in a Student Community. The Practitioner, London, 1977.

- BÜHLER, A. Datos de Investigación Acerca del Uso de la Coca. Editorial Actas Ciba; 4. México, D.F., 1946.
- CALDERON, N.G. y Suárez, V.C. La Investigación de la OMS Sobre la Respuesta de la Comunidad a los Problemas que Origina el Alcohol. Gaceta Médica Mexicana. México, 1980.
- CASILLAS, C. Leticia E; y Benavides. V.L.: Consumo de Alcohol y Tabaco entre Estudiantes Universitarios. En Memorias de las VI jornadas internas de trabajo de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM; México, 1981.
- CASILLAS, C. Leticia E. La Ingestión de Bebidas Alcohólicas, en una Muestra de Estudiantes Universitarios. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.; 1985: Impresiones Modernas; México, 1985.
- CASILLAS, C. Leticia E y Benavides V.L.: Epidemiología del Tabaquismo y del Alcoholismo entre los Universitarios. (Comunicación preliminar). Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM; México, 1980.
- CENDON y Cendeira Nieves Martínez Granados. Tabaquismo y Ansiedad en Adolescentes de 1er. Ingreso a la Escuela Profesional. Universidad Intercontinental. 1989.
- CENTER DISEASE CONTROL (1991). "Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion World no Tabaco Day 1991" Morbidity and Mortality. Weekly Report, May 31; Vol. (21). 56-61.
- CESAAL. Centro de estudios sobre alcohol y alcoholismo. Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. Editorial Trillas, México, 1991.

- CHOY, D., S.J.; Purnell, F. (1978). Auricular Acupuncture for Cessation of Smoking. Progress in Smoking Cessation. American Cancer Society, New York.
- COHEN, C.; Pickworth, W.B.; Cigarette Smoking and Addiction. Clin Med. 1991; Washington, D.C.
- COHEN, S.J.; Chisten, A.G. y Katz, B.P. B.J. "Counseling Medical and Dental Patients About Cigarettes Smoking. The Impact of Nicotine Gum and Chart Reminders". Am. J. Pub. Health, 1987; Washington.
- CONGER, J.J. Reinforcement Theory and the Dynamics of Alcoholism. Quart. J. Stud. Alcohol, 1956. Washington.
- COULTAS, D.B. The Physicians Role in Smoking Cessation. Clin Chest Med 1991. Washington.
- DE LA FUENTE, Ramón (1995). Revista de Salud Mental. Editor, Dr. Héctor Pérez Rincón. Vol. (18); Año 18, No. 4. 25-32; México.
- DE LA GARZA, G. Fidel; Mendiola, H. Iván; Rábago, Salvador. Adolescencia Marginal e Inhalantes. Medidas preventivas. Editorial Trillas; México, D.F., 1991.
- DEL CAMPO, G. Mónica Patricia. Predisposición al Alcoholismo en Jóvenes Universitarios. Universidad Intercontinental; México, 1987.
- DIAZ DEL CASTILLO, Bernal. Historia Verdadera de la Conquista de la Nueva España. Madrid, Instituto G., Fernández de Oviedo, CSIC; Madrid, 1982.
- DICAPRIO, N.S. Teorías de la Personalidad. Editorial Mc.Graw-Hill; México, 1989.

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Secretaría de Salud, Alcohol. Tomo I; México, 1993.

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. Subsecretaría de Coordinación y desarrollo. Secretaría de Salud. Tabaco. Tomo I; México, 1993.

DIRECCION GENERAL DE PSIQUIATRIA; Instituto Mexicano de Psiquiatría (1993). Encuesta Nacional de Adicciones; Alcohol Sistema Nacional de Adicciones; Secretaría de Salud; México, 1993.

DIRECCION DE SALUD MENTAL. Información Básica Sobre el Tabaquismo. Subsecretaria de Servicio de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones; México, 1995.

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE LA UNAM: Problemas del Alcoholismo. (Manual de Salud del Estudiante Universitario III). Oficinas de Educación para la Salud del Departamento de Medicina Preventiva; UNAM. 1982.

DOWNIC, N.M. y Heathb, R.W.: Métodos Estadísticos Aplicados. Editorial Harla. México, 1991.

EDWARDS, G. Gross, M. Alcohol Dependence. Provisional Description of a Clinical Syndrome. British Medical Journal 1:1058, 1976.

ENGS, R.C. Drinking Patterns and Drinking Problems of College Students. Nueva York, 1977.

ELIZONDO, J.A.: "Tratamiento del Alcoholismo". En el Alcoholismo en México; V. Molina y L., Sánchez Medal (eds). Fundación de Investigaciones Sociales. A.C.; México, 1982.

- ELIZONDO, López José A.; Moreno Ramírez M. Aspectos Médico-Psiquiátricos del Alcoholismo. En: El Alcoholismo en México: A.J., Guerra; Editorial Fondo de Cultura Económica; México, 1977.
- ERIKSON, Erik H. Infancia y Sociedad. Editorial Horme Argentina; México, 1982.
- ERIKSON, Erik H. Sociedad y Adolescencia. Editorial Siglo XXI; México, 1987.
- ERIKSON, Erik H. Dimensiones de una Nueva Identidad. Nueva York; Norton, 1974.
- ERIKSON, Erik H.: Identidad . Juventud. Editorial Siglo XXI; México, 1987.
- FADIMAN, J. Frager, R. Teorías de la Personalidad. Editorial Harla.
- FENICHEL, Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Paidós Biblioteca de Psicología; México, 1994.
- FIORE, M.C. (1992) The Epidemiology of Tabaco Use. Trends in Cigarette Smoking in the Unites State. Méd. Clin.
- FREEDMAN. Compendio de Psiquiatría. De. Salvat; México, D.F., 1984.
- GILLAMS, J.; Lewith (1984). Acupuncture and Group Therapy in Stopping Smoking. Practitioner.
- GOLDMAN, Howard H. Psiquiatría General. De. Manual Moderno; México, D.F., 1989.
- GOMEZ, G. Lucila. Respuestas de una Comunidad ante el Fenómeno del Consumo de Drogas. Universidad Iberoamericana; México, 1976.

- GONZALEZ, B. El consumo de Drogas en la Comunidad Escolar. Perspectivas desde las encuestas en las escuelas; En: Secretaria de Salud; CONADIC, (1995). Situación Actual de las Adicciones en México. Folleto.
- GONZALEZ, C. Mónica P. Predisposición al Alcoholismo en Jóvenes Universitarios. Universidad Intercontinental; México, 1987.
- GLOBETTI, G. The Use of Beverage Alcohol by Youth in an Abstinence Setting. The Journal of School Health, 1969.
- GRIFFITH, Edwards. Tratamiento de Alcohólicos. Guía Para el Ayudante Profesional; Editorial Trillas, 1986.
- GRINDER, E., Robert. Adolescencia. Editorial Limusa Noriega, editores: México 1987.
- GROSS, G.M., Edwards. "Alcohol Dependence Provisional Description of a Clinical Syndrome". British Medical Journal. 1^a 1058: 1976.
- GRUZINSKI, Sege. La Colonisation Imaginaire. Paris: Gallimard, 1988.
- GUERRA, Francisco. Sexo y Drogas en el Siglo XXI. Editorial Asclepio: Madrid 1972.
- GUERRA, Guerra, J. Armando: El Alcoholismo en México. Editorial Fondo de Cultura Económica: México, 1977.
- GUIDO, Ma. Luisa. Alcoholismo: Una visión General Sobre Algunas Aproximaciones Terapéuticas y Aspectos Preventivos. Universidad Iberoamericana; 1987.

HALL, J.A. y Crasilneck, H.B. (1970). Development of a Hypnotic Technique for Treating Chronic Cigarette Smoking. Int. J. Exp. Hypn. 1970.

HEREDIA, Vázquez Eduardo Isacc. Actitud de los Niños y Adolescentes Hacia el Tabaquismo. Universidad del Valle de México. 1989.

HERNANDEZ, C. Cynthia A. Diferencias en el Consumo Alcohol, Tabaco, Marihuana, Cocaína entre Hombres y Mujeres Adolescentes de una Institución Particular. Universidad del Valle de México, 1994.

HERNANDEZ, S. Roberto; Fernández C. Carlos; Baptista L. Pilar. Metodología de la Investigación. Editorial Mx. Graw-Hill, México, 1991.

HOLYROD, J. Hypnosis Treatment for Smoking: An Evaluative Review. Int. J. Clin Exp Hypn. 1980.

HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la Adolescencia. Editorial Paidós, México 1980.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA (1994). Empleo del Tiempo Libre y Consumo de Drogas en Escolares. Revista de Psicología Social. Vol. (9). 71-93.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER, 1994). Folletos de divulgación sobre temas de la Patología Respiratoria. Secretaria de Salud, México.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. (Noviembre 1989-Febrero 1990). Avances del Programa Nacional Contra el Tabaquismo. No. 3. Vol. (2).

JELLINEK, E.M. The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press. New Haven 1960.

- KOLB, C. Laurence; Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Prensa Mexicana; México, 1991.
- KOOP, E.C. (1992). The Health Consequences of Smoking. A report of the surgeon General. Department of Health Human Services; Washington, D.C. 1992.
- LE, Houezec. J.; Benowitz. N.L. Basic and Clinical Psychopharmacology of Nicotine. Clini Chest Med, 1991.
- LOPEZ, Rafael Ernesto. Adictos y Adicciones. Una visión Psicoanalítica; Editorial Monte Avila Latinoamericana. Caracas, Venezuela, 1991.
- LLANES, Jorge. Crisis Social y Drogas. Serie Sociedad y Drogas; Editorial Concepto. S.A.. México, 1982.
- LUNA, L. Cecilia; Ortiz A.M.; Pérez C. A. Patrón de Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios. Universidad Intercontinental. México. 1996.
- MADDEN, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. Editorial Manual Moderno. México. D.F., 1986.
- MADDOX, G.L. Adolescence and Alcohol. "Teenage drinking in the United State". Nueva York, McGraw-Hill, 1964.
- MANN, M. "Alcohólicos Anónimos", en nuevo concepto sobre alcoholismo. Instituto Nacional Sobre Alcoholismo; San José, Costa Rica, 1974.
- MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM-IV; Editorial Masson, S.A.; México, 1995.

- MEDINA, Mora, M.E.; Ortiz, A.; (1994). El Impacto Social de las Adicciones en México. Secretaría de Salud; CONADIC, (1995). Situación actual de las adicciones en México.
- MEDINA-MORA, M.E. y De la Fuente, R. Estudio Nacional Sobre Uso de Drogas en la Población Estudiantil de la República Mexicana. Avances del Programa Contra el Tabaquismo. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Suplemento) 2 (3): 1-45; Febrero de 1990.
- MENDEZ, Eduardo. Morir de Alcohol. Saber y hegemonía Médica. Editorial; Patria. México; 1990.
- MENNINGER, Karl. Augustus. Teoría de la Técnica Psicoanalítica. Editorial Pax-México. 1983.
- MOLINA, V.; Berruecos, L. Sánchez. El Alcoholismo en México II Aspecto Sociales, Culturales y Económicos. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 1985.
- MOLINA, V.; Sánchez, L. El Alcoholismo en México I Patología. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 1985.
- MOLINA, V.; Ramón, C.; Berruecos, L.; Sánchez, L. (1983). El Alcoholismo en México III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 1983.
- MONTE MAYOR, S., Gloria Rosalba. Aplicación de un Programa Preventivo del Alcoholismo Empleando una Técnica Conductual. Universidad Nacional Autónoma de México. 1991.
- MONTEVERDE, R., Horacio. Avances del Programa Nacional Contra el Tabaquismo. Del Instituto de Enfermedades Respiratorias. Director; Gerente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y - Coordinador del "Programa Nacional Contra el Tabaquismo"; Vol. (3). Año 2 Noviembre 1989-Febrero 1990.

MORENO, Jacob, L. Psicodrama. Editorial, Horme. Buenos Aires, 1982.

MORENO, Jacob, L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis. Tr. Por Fondo de Cultura Económica; México, 1982.

MOTHNER, Ira y Weitz Alan. Cómo Abandonar las Drogas. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. España, 1986.

MUSACCHIO de Zan Amelia y Frágola Ortiz Alfredo. Drogadicción. Editorial Paidós. 1ª edición. México, 1992.

NOYES, A. y Kolb, L. "Mecanismos Mentales y sus Funciones". Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana; México. 1968.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. España, 1985. Folleto.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Día Mundial Sin Tabaco: Los Servicios de Salud. Ventana Abierta a un Mundo Sin Tabaco. Boletín Informativo. Ginebra, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. (1990). Comité Regional Europeo. Serie Europea Libre de Tabaco. Ministerio de Sanidad y Consumo. 10 Folletos.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Tabaco o Salud: Un Informe de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1992.

- PINEIRO, Molina Valentín; Berruecos, V. Luis A.; Sánchez, Medal Luis; El Alcoholismo en México. Tomo II; Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.; Impresiones Modernas; México, 1985.
- PUENTE, F.; Cicero, R. y Karchmer. "Smoking Cessation Programmes. The Mexican Experience". Excerpta Medica. Amsterdam, 1988.
- PUENTE, F.; González, E.; Cicero, R. "The Use of the Cognitive Restructuring and Nicotine Chewing gum Smoking Cessation Programmes Whit Chronic Patients". Excerpta Medica. Amsterdam, 1988.
- RIESTER, A.E. y Zucker, R.A. Adolescent Social Structure and Drinking Behavior. Personnel and Guidance Journal, 1968.
- ROBERTSON, Nan. Alcohólicos Anónimos. Editorial Vergara; México, 1991.
- ROBICSEC, Francis. The Smoking Gods. The University of Oklahoma Press. 1978.
- SACHS, D.; P.L. y Leischow S. J. "Pharmacologic Approaches to Smoking Cessation. Clin Chest Med. 1991.
- SAHAGUN, Fray Bernardino de. Historia General de las Cosas de la Nueva España. 4 Vol.: México: Porrúa, 1969.
- SAHAGUN. Informantes de: Códice Florentino. Edición Facsimilar; 3 Vols.: México: Gobierno de la Nación, 1980.
- SAN JUAN, Alfonso. Drogas y Toxicomanías, Editorial Narcea: Madrid. 1987.

SCHWARTZ, Jerome, L. "Methods for Smoking Cessation". Clin Chest Med, 1991.

SECRETARIA DE SALUD, CONADIC (1992). Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Folleto, México.

SECRETARIA DE SALUD, CONADIC (1994). Como Identificar Problemas de Alcoholismo. Folleto, México.

SHIFFMAN, M.S. y Jarvik, M.F. Smoking Withdrawal Symptoms in Two Weeks on Abstinence. Washington, D.C., 1976.

SOUZA, M. y Machorro. "Alcoholismo". Conceptos Básicos; Editorial Manual Moderno; México, 1988.

SOUZA, y M.: M, Turull, T.F. y Cárdenas, A. J. Los Enfoques Socioemédicos y los Modelos Para el Abordaje de la Problemática del Consumo de Alcohol. Editorial Mekanograma; México, 1984.

SORENSEN, R.: "Youth's Need For Challenge and Place in Society". Children, 1962.

STAMPER, Laura. Cuando las Drogas Entran a su Hogar. Editorial Panorama; México, D.F. 1993.

STEIN, A.; Friedman, E.: "Group Therapy With Alcoholics". Williams and Wilkins Baltimore, 1971.

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD. Información Básica Sobre el Tabaquismo. Dirección de Salud Mental; Consejo Nacional Contra las Adicciones; Secretariado Técnico; México, 1995.

- TAPIA, Conyer. Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas. Editorial Manual Moderno; México, D.F., 1994.
- TAPIA, Conyer., R. (1993). Panorama Epidemiológico de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 en : Secretaria de Salud, CONADIC (1993). Situación Actual de las Adicciones en México. México. Folleto. 19-25.
- TORQUEMADA, Fray Juan de: Monarquía Indiana. Edición Facsimilar, 3 Vols.: Porrúa. México, 1969.
- VALENCIA, M. Desarrollo de un Esquema Teórico Para Evaluar el Funcionamiento Psicosocial. Integración de Sistemas y Elaboración de Conceptos. Instituto Mexicano de Psiquiatría; México, 1983.
- VELASCO, Fernández, Rafael. Alcoholismo. Visión Integral. Editorial Trillas; México, 1988.
- VELASCO, Fernández Rafael. Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. Editorial Trillas; México, 1988.
- VELASCO, Fernández, Rafael. (1993). Principales Acciones Contra el Alcoholismo. Gaceta de la Universidad Veracruzana. (6), pp. 3-6.
- VELASCO, Ma. del Pilar y Muñoz. En el Alcoholismo en México. La Concepción de Problemas Asociados al Consumo de Alcohol; México, 1985.
- VIESCA, Carlos. "Los Psicotrópicos y la Medicina de los Gobernantes entre los Aztecas". Estudios de etnobotánica y antropología médica; México, 1977.
- WALLACE, John. El Alcoholismo Como Enfermedad. Editorial Trillas; México, Octubre 1990.

WEXBERG, L.E. "Critique Of Physiopatological". Theories of the Etiology of Alcoholism. Quart. J. Stud; Alcohol 20:439; 1992.

WHO. World no Tobacco Days. Tabaco or Heath Programme; Geneva, 1992.

WHO. "The Media and Tobacco: Getting The Health Message Across. World No Tobacco Day 1994". Tobacco Alert. Especial Issue. Geneva. 1994.

YATES. A. En Terapia del Comportamiento; Editorial Trillas; México, 1973.

ZIMBERG. S. "Principles of Alcoholism Psychoterapy". Plenum Press. New York. 1978.

ZUCKER, R.A. Sex Role Identity Patterns and Drinking Behavior in Adolescents. Centro de Estudios Sobre el Alcohol; Rutgers University. 1967.

ANEXO

CUESTIONARIO

SEXO _____ LICENCIATURA EN _____

EDAD _____

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas a cerca de tu consumo de alcohol y tabaco, trata de ser lo más honestamente posible.

1. ¿ Con que frecuencia consumes alcohol ?

- Una vez a la semana
- Cada Quince Días
- Una vez al mes

2. ¿ En qué situaciones o circunstancias consumes alcohol ?

- Reuniones Familiares
- Reuniones con Amigos
- Días Festivos
- Otros

3. ¿ Según tu opinión a qué influencia atribuyes el consumo de alcohol ?

4. ¿ A qué edad empezaste a consumir alcohol ?

5. ¿ Te ha ocasionado el consumo de alcohol algún problema y de qué tipo ?

() SI () NO

- () Familiares
- () En tu estado de ánimo
- () Escolares
- () Legales

6. ¿ Algún miembro de tu familia consume alcohol ?

() SI () NO

7. ¿ De ser así piensas que hay influencia de esa persona en tu propio consumo ?

8. ¿ Cuántos cigarros fumas al día ?

9. ¿ La gente a la que tu frecuentas o convives fuma ?

() SI () NO

10. ¿ Qué tiempo tienes de fumar ?

11. ¿ Tú qué opinas de que éste prohibido fumar dentro de las instalaciones de la U.V.M.

- Acertado
- Poco Acertado
- No Acertado

12. ¿ Has intentado dejar de fumar ?

- SI
- NO

13. ¿ Te gustaria que dentro de la U.V.M., existiera algún programa para disminuir el consumo de alcohol y tabaco ? Para aquellos que se interesen

- SI
- NO

14. ¿ Cuando consumes alcohol tiendes a consumir más tabaco ?

- SI
- NO